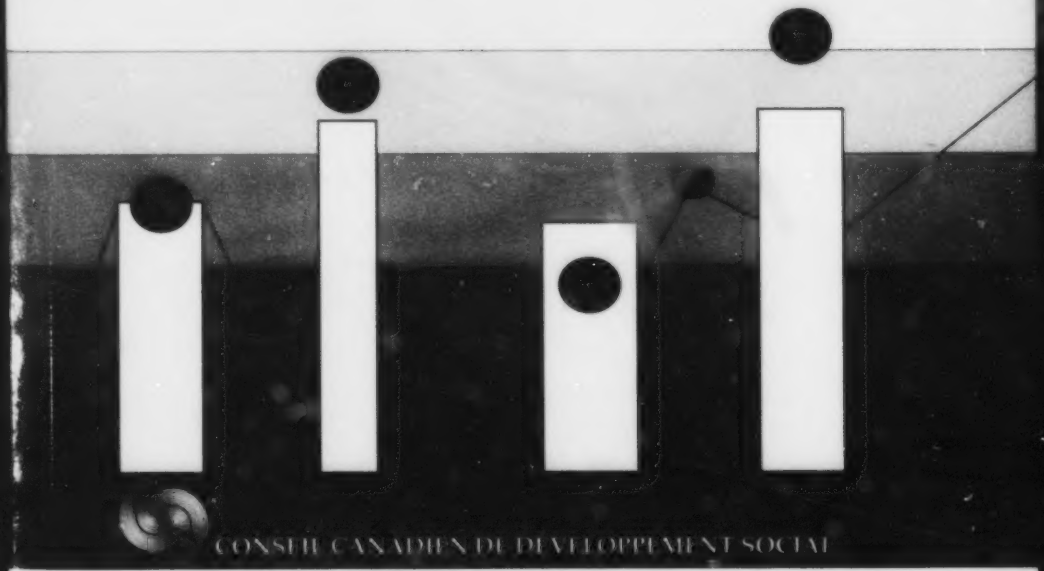
des communautés actives

JEAN-BERNARD ROBICHAUD
CLAUDE QUIVIGER

Préface de Jacques Gagné



CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Michel Henry éditeur

93-00005/

des communautés actives

Jean-Bernard Robichaud
chercheur principal
Claude Quiviger
chercheur associé

Préface de **Jacques Gagné**

RAPPORT DE RECHERCHE
ÉTUDE DES CENTRES COMMUNAUTAIRES LOCAUX
DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ
AU CANADA EN 1988

Avec la participation de Gabrielle Carrier,
du Centre de recherche sur les services communautaires,
Université Laval

Cette recherche a été rendue possible
grâce à une subvention de Santé et Bien-être social Canada
(Ottawa - Projet n° 6606-3603-57X)

Michel Henry éditeur

Le ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine du Nouveau-Brunswick et le Conseil des arts du Canada ont collaboré à la publication de ce livre.

Dessin de la page couverture et montage :
Michel Henry et Benoit Jobin
Assistante à la production :
Bernice Butler
Corrections finales :
Francine Adam et Suzanne Audet

Diffusion en Amérique du Nord :
Diffusion Prologue
2975, Sartelon
Ville Saint-Laurent
P.Q., H4R 1E6
Tel: (514) 332-5860 (Montréal)
1-800-363-2864 (Ontario et Québec)

Diffusion aux Maritimes:

© Michel Henry éditeur, 1990
C. P. 1273
Moncton, N.-B.
E1C 8P9
Téléphone: (506)853-4008

Fabriqué au Canada

ISBN: 2-89368-019-4

Table des matières

Préface 7

Comité consultatif 9

Remerciements 10

Avant-propos 11

Introduction 13

Chapitre 1 Les centres communautaires de santé et de services sociaux 17

Des clarifications préalables 18

La communauté 18

Le territoire 18

Les intérêts communs et le sentiment d'appartenance 19

Une définition 22

L'intervention communautaire 23

Éléments de définition de l'intervention communautaire 23

Intervention communautaire: approche globale et polyvalente 23

Intervention communautaire: un équilibre dynamique entre plusieurs dimensions 24

Intervention communautaire: du service à la mobilisation 25

Intervention communautaire: un processus rigoureux d'intervention 25

Orientations sous-jacentes à l'intervention communautaire 26

Orientations des centres vis-à-vis de la population 27

Attentes des centres vis-à-vis des gouvernements 29

a) le courant néo-libéral 29

b) le courant socio-institutionnel 30
c) le courant socio-communautaire 30
Les centres communautaires 32
Le fonctionnement 32
Le financement 35
Une hypothèse de "modèle" de centre communautaire 36
Au niveau des orientations 37
Au niveau du fonctionnement 38
Au niveau du financement 39

Chapitre 2 La méthodologie 42
Des difficultés d'ordre méthodologique 42
La difficulté de cerner l'univers 42
La difficulté d'établir un échantillon 44
Une approche empirique 44
Les centres identifiés et retenus 45
Représentativité 48
La cueillette des données 48

Chapitre 3 Caractéristiques générales 51
L'ancienneté 53
Instance créatrice 57
Le statut public ou privé des centres 60
Communauté territoriale ou communauté d'intérêts 64
Caractéristiques des territoires où sont implantés les centres 66
Homogénéité et hétérogénéité des populations desservies 67
Nature des services offerts 68
Conclusion 69

Chapitre 4 Les services 71
Les types de services 71
Synthèse 74
Services d'action sociale 77
Services de promotion de la santé 78

Services médicaux 80
Services psychosociaux 81

Chapitre 5 Les ressources humaines 83
Le nombre de postes 83
Type de personnel 86
Sensibilité des centres
aux groupes ethniques minoritaires 92
L'organisation du travail 92

Chapitre 6 L'accessibilité 95
Indicateurs d'accessibilité 95
Ouverture quotidienne
et nombre d'heures d'ouverture 95
Service d'urgence 96
Localisation des équipements
et moyens de communication 96
Accessibilité générale 98

Chapitre 7 La participation 101
Participation à l'identification
et à l'analyse des besoins 102
Participation à la prise de décision 103
Participation globale 104
Composition et modalités de fonctionnement
des conseils d'administration 107
Composition des conseils d'administration ... 108
Les membres élus 110
Fonctionnement des conseils d'administration
Les réunions 112
Les ethnies 113
Les mandats 114

Chapitre 8 La situation financière 115
Les budgets en 1987-1988 115
La récurrence 118
Les sources de financement 122
Les modes de financement 125

Chapitre 9 Comparaisons interprovinciales 127
Terre-Neuve 128
Île-du-Prince-Édouard 135
Nouvelle-Écosse 142
Nouveau-Brunswick 149
Québec 156
Ontario 164
Manitoba 172
Saskatchewan 179
Alberta 186
Colombie-Britannique 193

Chapitre 10 Perspectives 201
Le rôle du gouvernement 201
Le niveau de gouvernement le plus pertinent . 206
Le modèle coopératif comme nouveau modèle . 207
La perception des centres face aux membres de la communauté 209
L'importance des objectifs et des procédures ... 212

Conclusion 215

Annexe 1 - Questionnaire 219

Préface

Tout au long de ma carrière d'intervenant et d'administrateur social, d'enseignant et de chercheur en sciences sociales, je me suis heurté comme tout le monde à certaines réalités bien stimulantes en soi, mais parfois vagues aux plans conceptuels et opérationnels. Tout ce qui touche le conmunautaire – qu'on parle de centre communautaire, d'approche communautaire, d'organisation ou d'action communautaire – fait partie de ces réalités. Et Dieu sait qu'on en parle aujourd'hui du communautaire... pour toutes sortes de raisons, qui n'ont d'ailleurs pas grand-chose à voir parfois avec un souci véritable de le promouvoir pour ce qu'il est.

C'est dire combien je suis heureux de la publication de la recherche réalisée par Jean-Bernard Robichaud et Claude Quiviger. Outre les titres et l'expérience professionnelle des deux chercheurs, qui leur confèrent d'emblée quelque droit à en parler, il y a le fait indéniable que cette recherche permet d'avancer de quelques pas dans la connaissance des nombreux centres communautaires à l'oeuvre d'un bout à l'autre du Canada.

Bien sûr, on pourrait argumenter en ce qui concerne les limites de la méthodologie utilisée, mais il y a lieu de garder en mémoire, et la complexité du phénomène à l'étude, et le caractère exploratoire de la recherche. Les auteurs sont d'ailleurs les premiers à convenir des limites de leur travail.

Au-delà des limites, il reste que cette recherche vient combler un vide en ce qui concerne la connaissance concrète des centres communautaires, et ce, dans tout le Canada, d'où des comparaisons interprovinciales fort éclairantes. La recherche donne aussi un regard d'ensemble sur la réalité de ces centres en traitant à la fois de leurs orientations, de leur organisation interne et de leur situation budgétaire. Elle propose un cadre conceptuel large et le confronte à la réalité vécue, en alliant à la fois les données qualitatives et quantitatives. À ma connaissance, une étude de cette ampleur n'avait pas encore été faite sur le sujet.

Utile aux décideurs politiques, parce que remplie de données factuelles, cette recherche peut aussi servir d'outil de référence aux administrateurs et aux intervenants communautaires pour prendre un peu de recul et analyser plus systématiquement leur action quotidienne. Je suis persuadé qu'elle aidera aussi grandement les étudiants en sciences sociales à mieux saisir l'ensemble de la réalité communautaire.

JACQUES GAGNÉ
Directeur général
CLSC centre-ville
Montréal

Comité consultatif

Pour leur participation précieuse dans l'identification des centres, pour leurs avis, questions et réactions aux diverses étapes de la recherche, pour leur intérêt engagé envers les services communautaires locaux, l'équipe de recherche remercie les membres du comité consultatif:

Madame Jean ANDERSON
Bureau de la santé, Edmonton, Alberta

Monsieur Kenneth BARTER
Directeur, Services sociaux de la région de Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard

Madame Pauline DESROSIERS
Ministère de la Santé et des Services communautaires, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Monsieur Mark McGUIRE
Association des Centres de santé de l'Ontario, Islington, Ontario

Monsieur Michael MENDELSON, président du Comité consultatif
secrétaire du Conseil du trésor du gouvernement du Manitoba, Winnipeg, Manitoba

Monsieur Hector OUELLET
Directeur, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, Québec, Québec

Monsieur Stan RICE
Directeur général, Coopérative de santé de Prince Albert, Prince Albert, Saskatchewan

Monsieur William G. SMITH
Membre du Conseil des gouverneurs du Conseil canadien de développement social, Islington, Ontario

Madame Sylvie STASCHENKO
Service de santé communautaire, ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa, Ontario

Madame Alison VAN DUZER
Membre du Conseil des gouverneurs du Conseil canadien de développement social, Hamilton, Ontario.

Remerciements

Outre Santé et Bien-être social Canada et les membres du Comité consultatif, dont nous avons déjà souligné les contributions, nous tenons à remercier de tout coeur:

- les centres communautaires locaux qui, d'un bout à l'autre du Canada, ont accepté de répondre à notre questionnaire;
- les 70 personnes qui, dans les 10 provinces, nous ont accordé des entrevues et nos collègues, Terrance Hunsley et Harry McKay, qui en ont réalisé une bonne partie;
- les divers lecteurs qui, à une étape ou l'autre de la recherche, nous ont fait bénéficier de leurs avis et commentaires;
- le Centre de recherche sur les Services communautaires de l'Université Laval à Québec qui nous a fourni un appui logistique d'une qualité sans faille et spécialement Madame Gabrielle Carrier pour sa contribution au niveau de la méthodologie et de l'analyse des données;
- la Fédération des Centres locaux de services communautaires du Québec et le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick pour leur appui financier;
- Madame Mary Powell, dont l'inlassable ténacité a identifié bien des centres aux quatre coins du pays;
- Mesdames Jocelyne Doucet et Jocelyne Heffernan, dont la compétence patiente a transformé en textes présentables des manuscrits parfois désordonnés.

Avant-propos

Impliqué depuis plus d'un demi-siècle dans la recherche, la consultation et l'animation sociales, le Conseil canadien de développement social (CCDS) se veut encore présent aux débats actuels concernant les politiques et l'organisation du système social et sanitaire canadien.

De façon plus précise, le CCDS veut apporter sa contribution aux débats - parfois animés et houleux - relatifs à la prestation locale des services sociaux et de santé. Car c'est sur ce terrain immédiat des services fournis localement, c'est-à-dire le terrain du "trafic" ordinaire de la vie quotidienne, que se vérifie finalement la pertinence des grandes politiques plus générales. Au-delà des images et des discours, c'est la réalité de ces services locaux telle que vécue qui dit les orientations et les politiques réelles de la société et détermine en grande partie la qualité et l'efficience du système de soins sociaux et de santé de la société.

Le Canada a ceci de particulier qu'en vertu du partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, les services de santé et les services sociaux - entre autres - relèvent des juridictions provinciales. Ce qui explique que les diverses provinces ont connu et connaissent encore des modes de fonctionnement fort diversifiés. Cette recherche exploratoire et descriptive présente la situation d'un certain nombre de centres communautaires locaux de services sociaux et de santé dans l'ensemble du Canada et propose des perspectives d'avenir.

TERRANCE HUNSLEY
Directeur général du CCDS

Introduction

Depuis plus de vingt ans, plusieurs commissions et comités d'étude canadiens ont recommandé le développement de centres locaux communautaires de santé et de services sociaux (1). En 1976, le Conseil canadien de développement social (CCDS) publiait une étude intitulée : *Les centres communautaires de services polyvalents* (2). Plus récemment, le CCDS, associé à plusieurs organisations nationales ou provinciales, organisait une conférence nationale portant sur l'amélioration des services communautaires de santé et des services sociaux (3). En 1987, le CCDS publiait une étude sur le rôle des gouvernements locaux dans la dispensation des services de santé et des services sociaux au Canada (4). En 1987 encore, l'Association canadienne de santé publique a tenu une série d'ateliers provinciaux ayant pour objet l'amélioration des services de santé communautaire (5).

Il existe une abondante littérature sur les services communautaires, notamment en France, en Grande-Bretagne et aux États-Unis (6). Ces quelques références bibliographiques, parmi bien d'autres, manifestent une certaine activité conceptuelle au sujet des centres communautaires de santé et de services sociaux. Cependant, qu'en est-il au niveau du terrain? Quel est l'état de développement de ces centres communautaires au Canada en 1988?

La présente recherche se présente comme une étude exploratoire et descriptive d'un certain nombre de centres qui offrent des services de santé et/ou des services sociaux selon une approche qualifiée de communautaire, et ce, dans les dix provinces du Canada. Une tentative d'y inclure le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'a pu se concrétiser, en raison du nombre insuffisant de réponses.

Une question centrale

Notre démarche part de l'observation suivante : il existe, d'une part, une certaine littérature sur les services communautaires et, d'autre part, des milliers d'organismes locaux se qualifient de communautaires. **Existe-t-il une certaine relation entre ces deux niveaux: celui de la littérature ou des théories de l'action communautaire et celui de la réalité concrète des organismes de santé et de services sociaux qui fonctionnent selon une approche communautaire?**

Ce que l'on désigne généralement par l'expression "services communautaires" apparaît comme une réalité très complexe, diversifiée, fluctuante, difficile à cerner et à comprendre. En fait, l'organisation des services au niveau local communautaire revêt la même complexité que la vie sociale dans ses multiples interactions quotidiennes. Ceci explique l'aspect simplement descriptif, exploratoire et prudemment prospectif de notre étude. Lorsque nous proposons un "cadre conceptuel" à partir de notre revue de littérature et de notre expérience concrète sur le terrain, on comprendra que c'est à titre d'essai et avec beaucoup de prudence.

Nous avons identifié a priori une cinquantaine de variables ou de dimensions dont nous estimions l'exploration pertinente lorsqu'on parle d'un centre communautaire. Malgré l'hétérogénéité du communautaire, les résultats obtenus permettent de dégager quelques caractéristiques principales des 368 centres communautaires qui ont participé à l'étude. Ils permettent aussi de vérifier si la réalité concrète de ces centres a quelque correspondance avec le cadre conceptuel. L'ensemble, nous le souhaitons, peut être une contribution à une connaissance plus précise de la réalité des services communautaires de santé et des services sociaux telle que pensée et telle que vécue dans les diverses provinces du Canada en 1988. L'information a été recueillie autour de trois axes principaux : les orientations, l'organisation et le fonctionnement, le financement de ces centres communautaires.

Les 49 questions visent essentiellement à décrire le plus fidèlement possible certaines caractéristiques de ces centres communautaires de santé et/ou de services sociaux.

L'objectif de la recherche

Cette recherche veut faire le point sur l'état du développement des services communautaires de santé et de services sociaux dans les provinces canadiennes et présenter une vision globale de ce phénomène à l'échelle du pays. Par cette étude, le Conseil canadien de développement social vise à mieux documenter un phénomène nouveau, mal connu et peu étudié empiriquement jusqu'à maintenant dans ses implications au niveau des politiques sociales canadiennes. Les connaissances ainsi générées fourniront une base à l'action future du CCDS dans la promotion des services communautaires de santé et des services sociaux.

Nous espérons aussi que les centres communautaires, en développant une perception plus précise de leurs caractéristiques, se serviront de ces données pour préciser leurs orientations, raffermir leurs modes d'organisation, adapter toujours mieux les services aux besoins de leurs communautés respectives et définir des stratégies de développement qui leur assureront un impact encore plus important dans le réseau des services sociaux et de santé.

Cet objectif est à la fois ambitieux et modeste. Cette recherche comporte plusieurs limites importantes dont nous sommes conscients. En effet, elle reste assez superficielle au niveau de chaque province. Des études spécifiques à chaque province permettraient une connaissance plus précise du phénomène étudié. Cependant, ce qu'une étude pancanadienne perd en profondeur, elle le gagne en étendue; il s'agit d'une première étude s'adressant directement à un nombre important de centres communautaires (1,115), qui permettra de rendre compte du phénomène à l'échelle nationale et de dégager certaines perspectives de développement à ce niveau.

Le présent rapport se divise en trois parties:

- le cadre conceptuel et méthodologique
- les faits observés
- des perspectives d'avenir ou des questions à résoudre.

Notes

1. COMMISSION HALL. *Rapport de la commission royale sur les services de santé*, Ottawa, 1964.

   COMMISSION CASTONGUAY. *Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, Québec, 1970.

   CRICHTON, A. *Les centres de soins communautaires au Canada*, vol. 3 du rapport de l'étude sur les centres de soins communautaires, présenté aux ministres de la santé, Ottawa, 1972.

   COMMISSION MUSTARD. *Final Report of the Task Force to Review Primary Health Care*, Toronto, 1982.

   CONSEIL CANADIEN DE LA COOPÉRATION. *Rapport du groupe de travail national sur le développement coopératif*, Ottawa, 1984.

   COMMISSION MACDONALD. *Rapport de la commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada*, Ottawa, 1985, vol. 2, chap. 20, p. 887-896 et vol. 3, chap. 23, p. 313-374.

   SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (rapport Epp), Ottawa, 1986.

2. HEPWORTH, Philip. *Les centres communautaires polyvalents*, Ottawa, CCDS, 1976, 145 p.

3. CCDS. *Les centres communautaires de santé et de services sociaux*, Rapport de la conférence de novembre 1985, Ottawa, 1986, 78 p.

4. MANGA, Pran, et Wendy MUCKLER. *The Role of Local Government in the Provision of Health and Social Services in Canada*, CCDS, Ottawa, 1987, 70 p.

5. ACSP. *La santé communautaire passe par le renforcement de la communauté*, Ottawa, 1987 et *Workshops on Strengthening Community Health Services, Provincial Reports*, Ottawa, 1987.

6. GORZ, A. *Adieu au prolétariat, au-delà du socialisme*, Paris, Éditions Galilée, 1980.

   ROSENVALLON, P. *La crise de l'État-providence*, Paris, Éditions du Seuil, 1981.

   McROBIE, G. *Small is Possible*, N.Y., Harper, 1981.

   LACROIX, B. *L'utopie communautaire*, Paris, PUF, 1981.

   GOTTLIEB, B.H. éd *Social Networks and Social Support*, Beverly Hills, Sage, 1982.

   HADLEY, R. et al. *Decentralizing Social Services, A Model for Change*, London, Bedford Square Press, 1984.

   PAYNE, M. *Social Care in the Community*, London, MacMillan Education Ltd., 1986.

   WILLMOTT, P. *Social Networks Informal Care and Public Policy*, London, Policy Studies Institute, 1986.

Chapitre 1

LES CENTRES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

L'expression *centres communautaires de santé et de services sociaux* désigne notre champ d'investigation. Les services reliés aux loisirs, à l'éducation, à la justice et à l'économie ont été exclus de l'étude. N'ont été retenues que les organisations qui se reconnaissent un mandat de prestation de services dans les domaines de la santé et des services sociaux. L'expression *services de santé et services sociaux* est ici prise dans une acception très large, dans la ligne de la définition écologique de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Elle englobe non seulement le service offert par des intervenants professionnels selon une démarche systématique de prise en charge et de résolution d'un problème, mais aussi l'entraide communautaire, la défense de droits et d'intérêts, la promotion collective et l'amélioration des conditions de l'environnement socio-sanitaire. Comme il s'agit de centres communautaires, les organismes traditionnels et les grandes institutions curatives de santé et de services sociaux, tels les hôpitaux ou les agences plus institutionnelles de services sociaux, ont été exclus de l'étude. Les critères permettant de mieux cerner notre objet d'étude sont présentés dans le chapitre qui porte sur la méthodologie.

Avant de proposer, à titre d'hypothèse conceptuelle, un "modèle" de centre communautaire de santé et de services sociaux (ce qui fait l'objet de la deuxième partie de ce chapitre), il est nécessaire, à partir de la littérature, de clarifier quelque peu les concepts suivants: *communauté*, *intervention communautaire*, *centre communautaire*.

Des clarifications préalables

La communauté

Le fondement de l'approche communautaire s'établit sur le postulat que la communauté est riche des dynamismes internes nécessaires à son développement; qu'elle peut être mobilisatrice et plus efficace, en regard des changements sociaux à apporter, que les démarches individuelles isolées ou les interventions issues ou imposées par des autorités professionnelles ou administratives extérieures.

On peut considérer une communauté comme un ensemble de personnes réunies dans des systèmes sociaux, à l'intérieur d'un territoire donné. Ces personnes partagent des conditions objectives communes (territoire, environnement géo-politique) et des systèmes communs de relations (institutions sociales, valeurs et intérêts). Plus elles maintiennent un niveau élevé d'interactions, plus se renforcent les sentiments d'appartenance et d'identification à la communauté.

Selon de nombreux auteurs, la communauté comprend trois paramètres principaux, soit le territoire, les intérêts communs et le sentiment d'appartenance(1). Jamais mutuellement exclusifs, ces paramètres sont plutôt complémentaires et en interaction constante, composantes fondamentales toujours présentes à des degrés variables dans les communautés concrètes. La tendance à ne pas distinguer ces paramètres et la non-reconnaissance de leur complémentarité créent une certaine confusion quand on veut définir la communauté et les services communautaires.

Le territoire

La notion de localité est intimement liée à la définition d'une communauté : on présume en effet que des gens qui vivent sur le même territoire partagent certaines caractéristiques communes en étant soumis aux mêmes conditions de l'environnement géographique. La prémisse qui sous-tend les interventions au niveau communautaire, c'est que le partage d'un même espace géographique plus ou moins restreint permet de dégager une notion de collectivité, notion qui peut être utilisée comme force de changement et d'amélioration des conditions de vie. C'est pourquoi chaque organisation de services qui qualifie son action de communautaire se définit d'une façon ou d'une autre par rapport à une localité. Les

services communautaires sont, par définition, des services locaux, définis sur une base locale et en fonction d'une population résidant sur un territoire donné ou partageant des caractéristiques communes. La notion de localité est donc une composante importante pour comprendre le concept de communauté et, en conséquence, pour définir l'approche communautaire.

Malgré son importance, la notion de localité n'est pas suffisante en soi pour expliquer les liens créés entre les personnes, les groupes ou les institutions qui occupent un espace territorial commun. Les groupes humains, dans un territoire donné, sont largement conditionnés par l'organisation et les contraintes de l'espace qu'ils occupent. Ils sont en quelque sorte le reflet des conditions économiques, sociales et culturelles collectives ainsi que du contexte géo-politique territorial. Il existe une interrelation étroite entre les conditions de vie, les caractéristiques spécifiques d'une communauté donnée et l'organisation de l'espace.

Au niveau local, la maîtrise et l'aménagement de l'espace revêtent des dimensions sociale, économique et politique à prendre nécessairement en considération dans toute approche de développement communautaire. Le concept de communauté dépasse donc largement la simple agglomération de personnes sans lien entre elles; il implique fondamentalement l'aménagement de l'espace et les relations structurées qui existent entre les occupants d'un même territoire. L'interaction entre les membres d'une communauté développe une certaine identification à celle-ci, d'où se dégagent des intérêts communs et un sentiment d'appartenance.

Les intérêts communs et le sentiment d'appartenance

La notion d'intérêts communs partagés par un groupe de personnes constitue un autre fondement du concept de communauté (communauté d'intérêts). Tous les gens qui occupent un même territoire ne partagent pas nécessairement les mêmes caractéristiques, les mêmes valeurs ou les mêmes affinités. Certains groupes de personnes se regroupent et se développent davantage sur la base de caractéristiques analogues ou d'affinités que sur celle d'un territoire partagé en commun. La notion de territoire, encore présente et nécessaire dans les communautés d'intérêts et d'appartenance, ne

représente alors qu'un aspect secondaire de l'identité communautaire. Une bonne compréhension de la nature d'une communauté impose à l'observateur la reconnaissance de l'intensité plus ou moins grande des intérêts convergents ou divergents que l'on y retrouve.

Une communauté se fonde encore sur ce que l'on qualifie de sentiment ou sens d'appartenance, en d'autres termes l'intensité de l'identification que les membres ressentent envers leur communauté. Le sentiment d'appartenance communautaire et la communauté d'intérêts se renforcent mutuellement. Plus les membres d'une communauté ont des intérêts en commun, plus ils interagissent et plus le sens d'appartenance communautaire se développe. D'autre part, plus les membres de la communauté sont liés par des réseaux d'appartenance (famille, groupe ethnique, religion, relations de voisinage etc.), plus ils interagissent. Par analogie, on pourrait considérer que ces deux composantes de la communauté — intérêts et appartenance — constituent un mortier qui unit les personnes entre elles dans leur espace territorial et relationnel. Les communautés d'intérêts et d'appartenance peuvent être dispersées sur le territoire jusqu'au point où la notion de localisation commune perd une grande partie de sa pertinence. L'approche communautaire ne peut donc se réduire à la localité, car la logique territoriale poussée à l'extrême peut mener à définir des communautés tellement restreintes que les communautés d'intérêts et d'appartenance n'y trouvent plus d'assise.

Dans l'intervention, une communauté territoriale de taille suffisante peut généralement soutenir les communautés d'intérêts et d'appartenance aux conditions suivantes(2) :

- population stable et, en majorité, enracinée;
- présence de parenté;
- coïncidence du lieu de résidence et du lieu de travail;
- homogénéité relative des classes sociales et des niveaux socio-économiques;
- homogénéité relative au plan ethnique;
- isolement géographique par rapport à d'autres populations;
- aménagement physique favorisant le voisinage et donnant une identité spécifique au territoire;
- nombre élevé d'organisations et d'associations locales;

- pressions ou menaces externes sur la communauté (facteur passager).

Plus il y a coïncidence entre les trois paramètres (territoire, intérêts communs, sentiment d'appartenance), plus une communauté devient réelle et forte. Le fait que les moyens actuels de communication placent l'ensemble des citoyens en lien constant avec le monde entier risque fort de diminuer le sentiment d'identification à un coin de territoire spécifique et d'appartenance à une communauté. Par ailleurs, l'anonymat et la mobilité qui règnent en milieu urbain relativisent énormément l'aspect territorial mais peuvent conférer une importance accrue aux paramètres d'intérêts et d'appartenance. Enfin, certaines analyses du phénomène de regroupement communautaire(3) notent que les regroupements tendent à être de plus en plus ponctuels et passagers; des alliés d'aujourd'hui sur une question précise peuvent fort bien s'opposer demain sur une autre question.

La notion de communauté n'est donc pas univoque, simple et statique. C'est en fait une réalité très mouvante et dynamique. Personne ne met en cause l'importance de la communauté, ni la nécessité de faire partie de regroupements communautaires pour survivre, que ce soit sur le plan des besoins primaires ou de ceux de type affectif. Mais il y a diversité de communautés, et il importe de prendre en compte ce facteur. Si l'on veut répondre adéquatement à des besoins communautaires divers, il serait logique de diversifier les modalités de regroupements et d'interventions communautaires. Si la société investit toutes ses ressources communautaires et s'organise uniquement à partir d'un modèle territorial, qu'advient-il des autres problématiques communautaires qui se caractérisent mieux par le partage d'intérêts ou l'appartenance et qui transcendent les limites territoriales? Loin d'être académique, cette question identifie l'une des difficultés majeures à reconnaître réellement une foule de besoins communautaires qui ne peuvent être pris en compte à partir de la dimension territoriale d'abord (v.g. femmes violentées, groupes de personnes handicapées, délinquants juvéniles, personnes âgées, chômeurs, assistés sociaux, etc.). Nous tenterons de saisir comment les centres communautaires ici étudiés tiennent compte de ces questions dans leur approche auprès de leur communauté spécifique.

Une définition

Les énoncés qui précèdent permettent de proposer une définition sociologique de la communauté. Cette définition, empruntée à Roland L. Warren, allie à la fois l'aspect physique (territoire) et l'aspect psychologique (intérêts ou appartenance) : "Nous définissons une communauté comme l'ensemble des unités et systèmes sociaux qui remplissent des fonctions sociales importantes au niveau d'une localité"(4).

Warren identifie cinq fonctions majeures d'une communauté(5) :

- production - distribution - consommation
- socialisation
- contrôle social
- participation
- support mutuel

Notre étude portant sur les domaines de la santé et des services sociaux, nous ne nous arrêterons qu'à la dernière fonction, celle du support mutuel. Elle fait référence à l'interdépendance des membres d'une communauté, c'est-à-dire aux types d'échange et d'aide qui se produisent lorsque l'équilibre individuel ou collectif est menacé par certains facteurs de stress, tels la maladie, le chômage, les crises familiales, les accidents, les décès, etc. On trouve, au niveau de la communauté, divers types de réponses à ce genre de difficultés. Les services de santé et les services sociaux, notamment, agissent à ce niveau et certains de ces services se réclament d'une approche communautaire. Ce sont précisément ces centres qui font l'objet de notre étude.

Globalement, la communauté est donc un ensemble de personnes réunies dans des systèmes sociaux, à l'intérieur d'un territoire donné. Quelques questions du questionnaire permettent d'explorer les dimensions opérationnelles de ce concept de communauté dans les centres à l'étude et de qualifier le type de communautés dans lesquelles ces centres sont implantés. Les variables relatives à la communauté sont considérées comme structurantes et nous tenterons de déterminer si les caractéristiques des centres varient selon le type de communauté où ils sont implantés et selon la définition de communauté qu'ils utilisent.

L'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

De façon globale, l'intervention communautaire porte la préoccupation du besoin de vivre dans un milieu à taille humaine, un milieu qui fasse droit aux besoins d'environnement, d'appartenance et de communication sociale ouverte à l'affectif et pas uniquement au fonctionnel. L'intervention communautaire constitue une nouvelle façon de concevoir l'analyse des problèmes et leur solution. Selon le rapport Barclay(6), publié en Grande-Bretagne en 1982, l'intervention communautaire se fonde sur le postulat que les individus ordinaires et les communautés ont plus de ressources, plus de potentiel, plus d'habiletés et d'intérêts pour s'entraider et se supporter mutuellement qu'on ne le suppose généralement. Pour les tenants de l'intervention communautaire, la communauté devient la principale source d'aide et de soutien aux groupes et aux individus. Selon Barclay encore, si l'on pouvait faire la somme de toutes les activités d'aide ou d'entraide entre les membres d'une communauté, on constaterait que les services institutionnels plus formels ne représentent qu'une petite proportion de l'assistance mutuelle que les gens se fournissent dans une communauté.

Éléments de définition de l'intervention communautaire

Intervention communautaire : approche globale et polyvalente

L'intervention communautaire est globale et polyvalente, c'est-à-dire qu'elle implique à la fois les individus avec leurs besoins individuels de services concrets spécifiques et la communauté comme collectivité avec ses besoins structurels collectifs. Elle repose moins sur la spécialisation et l'expertise des intervenants que sur les dynamismes communautaires.

On peut distinguer trois niveaux, toujours interreliés dans une approche communautaire :

- *l'individu avec des besoins individuels spécifiques concrets.* L'intervention communautaire considère tout individu comme une entité, qui ne peut être réduite au seul problème présenté, d'où une approche globale et polyvalente. De plus, les problèmes et les besoins

individuels ne se réduisent pas à une définition froidement et spécifiquement technique; ils ont des ramifications affectives, économiques, culturelles et sociales. À tout le moins, il y a lieu d'intégrer les services de santé et les services sociaux dans les réponses à fournir. Ce premier niveau requiert une gamme de services individuels concrets, tant de type préventif que curatif car l'utilisateur du service est une personne globale.

- *l'individu dans son environnement.* Nul n'est une île et, pour chacun, la qualité de son environnement est un facteur fondamental de développement ou de limitation. L'intervention communautaire ne peut donc se limiter au service individuel ponctuel, ce qui ouvre immédiatement des perspectives d'intervention plus globales visant l'intégration de l'individu dans son environnement et la modification de celui-ci. Ces dimensions de l'intervention communautaire devraient se traduire par une gamme étendue de services polyvalents au niveau communautaire et par des modalités explicites de participation des usagers à la définition des services.
- *l'environnement lui-même ou les structures organisationnelles existantes dans le milieu.* Si les lacunes de l'environnement engendrent des problèmes aux individus, il ne suffit pas d'agir au niveau individuel, il importe d'intervenir au niveau des causes structurelles. Ceci débouche sur la dimension "changement social" de l'intervention communautaire, qui consiste à mobiliser démocratiquement la communauté dans une démarche collective. Ce niveau plus politique de l'intervention communautaire vise à modifier les conditions de vie ou de l'environnement et rejoint les dimensions plus structurelles du changement. L'intervention communautaire, à ce niveau, questionne souvent les pouvoirs établis, que ce soit pour la mise en place de nouveaux programmes collectifs, l'amélioration de programmes déjà établis ou l'avènement de nouvelles législations.

Intervention communautaire : un équilibre dynamique entre plusieurs dimensions

Comme il y a plusieurs niveaux dans l'intervention

communautaire, on peut se retrouver face à différents types de services communautaires, selon que l'accent est mis sur les aspects individuels ou sur les aspects collectifs. L'intervention communautaire ne se caractérise pas par l'un ou l'autre des extrêmes, mais plutôt par l'équilibre, processus dynamique qui vise à intégrer les trois dimensions susmentionnées.

Intervention communautaire : du service à la mobilisation

Dans la réalité concrète, à moins qu'il ne soit déjà conscientisé, c'est souvent par l'entremise du service individuel reçu que l'individu — s'il est sensibilisé par celui qui lui rend ce service — prend conscience des dimensions socio-collectives de sa situation, situation souvent analogue à celle de nombreux individus; il s'ouvre ainsi peu à peu à des moyens collectifs à mettre en œuvre pour changer une telle situation. La démarche communautaire est fondamentalement un processus de conscientisation, d'apprentissage, d'éducation par et dans l'action. Ce processus, qui allie continuellement l'interaction dynamique entre l'individuel et le collectif (7), s'applique à peu près toujours, qu'il s'agisse de communautés territoriales, ou de communautés d'intérêts ou d'appartenance. Les concepts de base de cette approche peuvent se résumer ainsi :

- développement individuel et participation collective en interaction;
- appropriation par la communauté des mécanismes de décision de ses services;
- approche globale et multidimensionnelle;
- prévention et développement de la communauté.

Intervention communautaire : un processus rigoureux d'intervention

L'intervention communautaire n'a rien d'un parcours anarchique livré aux impulsions ou aux agressivités du moment. L'intervention communautaire relève d'un processus à long terme, dont la réussite suppose une réelle rigueur et le respect de diverses étapes :

- l'analyse objective des besoins;
- la formulation d'objectifs précis;

- l'élaboration des "outils" nécessaires à l'intervention en termes d'informations et de connaissances;
- la mise au point des méthodes et techniques de l'intervention;
- l'intervention elle-même;
- l'évaluation.

Ce processus, dans la réalité, n'est pas linéaire mais plutôt itératif, car il ne s'agit pas d'un exercice intellectuel mais d'une action qui vise à promouvoir un changement individuel et social concret. Il y a souvent plusieurs étapes en cours simultanément. Ce qui importe, c'est que les éléments d'aucune étape ne soient oubliés, car chacune repose en fait sur les autres. Ces différents éléments de définition de l'intervention communautaire devraient se traduire notamment dans :

- le type et la gamme de services offerts par les centres communautaires;
- l'accessibilité des centres communautaires;
- le type de personnel à l'emploi des centres;
- la participation de la population au conseil d'administration ainsi que dans la définition et l'orientation des services;
- le fonctionnement et la gestion des centres.

Orientations sous-jacentes à l'intervention commnautaire

Ainsi définie avec ses horizons idéologiques et sa vision des besoins et du changement individuel et collectif, l'intervention communautaire devrait se traduire dans certaines orientations de base en regard de la population et du rôle des gouvernements. Une mise en oeuvre cohérente de ces orientations commande certaines modalités spécifiques de gestion et de fonctionnement des centres communautaires. Dans le questionnaire, dix questions ont pour objet d'identifier les orientations de base des centres répondants en regard de la population et du rôle des gouvernements.

Orientations des centres vis-à-vis de la population

Pour identifier les orientations des centres à l'étude, une première question porte sur les principaux domaines d'intervention :

- services de santé seulement;
- services sociaux seulement;
- services de santé et sociaux intégrés.

En plus des domaines principaux d'intervention, un centre peut aussi offrir des services dans d'autres secteurs reliés à la justice, à l'éducation ou à l'habitation, par exemple.

Cette question, même si elle se rapproche de la notion de fonctionnement, demeure pour nous une question d'orientation parce qu'elle fournit une première indication d'un aspect fondamental de l'intervention communautaire, soit l'approche globale et polyvalente.

Nous posons comme hypothèse que plus un centre a une mission diversifiée intégrant des services de différents secteurs, plus il aura recours à des approches intersectorielles et pluridisciplinaires, plus les cloisonnements de différentes natures seront difficiles, et plus il aura tendance à s'ouvrir à la communauté et à ses multiples besoins. En d'autres termes, l'intégration des services de différents domaines augmentera la sensibilité du centre aux besoins de la communauté parce qu'il sera traversé par plusieurs courants idéologiques, par plusieurs disciplines et traditions professionnelles et par une variété d'instruments méthodologiques.

L'intervention communautaire préconise une approche globale qui favorise la polyvalence plutôt que la spécialisation des réponses. On s'attendrait aussi qu'en vertu de l'approche communautaire, les centres ne se limitent pas à offrir des services de type curatif, mais qu'ils intègrent d'autres dimensions : prévention, éducation et action sociale. C'est ainsi qu'on devrait s'attendre à identifier une gamme assez étendue de services.

Du fait d'intégrer plusieurs dimensions (curative et préventive, individuelle et collective), l'intervention communautaire est orientée vers la participation et l'implication de la population dans l'identification et l'analyse des besoins de santé et de services sociaux dans la communauté. De plus,

l'intervention communautaire devrait donner aux membres de la communauté la possibilité de participer à la prise de décision concernant les programmes à mettre en oeuvre. Plusieurs modalités sont possibles afin de démocratiser les centres, qu'il s'agisse de comités consultatifs sans pouvoir décisionnel ou de représentation formelle des usagers élus au conseil d'administration. À notre avis, plus les mécanismes de représentation de la population sont puissants et diversifiés, plus l'intervention communautaire a des chances de refléter les besoins de la communauté.

Enfin, l'intervention communautaire garde une double préoccupation en ce qui concerne l'élaboration et la gestion des objectifs. D'une part, il importe que les objectifs soient acceptés par les cadres et le personnel des centres, car ceux-ci ne sauraient promouvoir l'autonomie des individus et du milieu s'ils ne partagent pas les objectifs de leur centre communautaire, ou s'ils travaillent dans un contexte autocratique et contraignant. D'autre part, les objectifs des centres doivent être acceptés par la population qu'ils desservent, car on ne peut prétendre viser le partenariat et l'autonomie d'une population sans attacher une grande importance à l'appropriation de tels objectifs par la population elle-même, ou, en d'autres mots, si les objectifs demeurent la propriété exclusive des directions et/ou des employés des centres. Même si cet aspect de l'intervention communautaire est important, il ne sera pas possible dans cette recherche d'y fournir une réponse précise et définitive.

Ces considérations rejoignent une autre dimension fondamentale de l'approche communautaire, celle de la perception qu'ont les intervenants des membres de la communauté. Il y a là aussi une question d'orientation très importante. Nous avons posé une question qui vise à vérifier les orientations du centre vis-à-vis de la population. Les membres de la communauté sont-ils perçus d'abord comme :

a) des clients ou des patients à soigner ou à aider?
b) des citoyens bénéficiaires ayant droit aux services établis par les intervenants du centre?
c) des citoyens aptes à s'organiser et à devenir partenaires afin de trouver une solution à leurs problèmes et aux problèmes du milieu? Cette troisième perception, visant le raffermissement de l'autonomie et de la prise en

charge par le milieu, nous apparaît plus conforme à l'approche communautaire que les deux autres. C'est aussi le point de vue avancé dans le rapport Barclay(8).

L'analyse de cette perception permettra de vérifier le lien entre les orientations formelles des centres et le type réel de relations qu'ils développent avec leur communauté.

Attentes des centres vis-à-vis des gouvernements

Trois courants de pensée traversent actuellement le tissu social dans ses relations avec les gouvernements, mandataires de l'État. Comme chacun de ces courants renvoie à des conceptions différentes du rôle des gouvernements à l'endroit des individus, de la famille et de la communauté, chacun a des implications différentes sur l'évolution des centres communautaires. Nous sommes donc en présence de trois conceptions différentes de l'action des gouvernements et du développement des services sociaux et de santé(9). Aucun de ces courants n'existe à l'état pur, même si, conceptuellement, on peut tracer des traits spécifiques pour chacun. Dans la réalité, ils sont plutôt entremêlés, parfois chez les mêmes personnes ou groupes.

a) le courant néo-libéral

L'idéologie néo-libérale remet en question l'efficacité redistributrice des services sociaux et des politiques sociales, ce qui mène aussi à une remise en cause du caractère public des services et de leur universalité. Ce courant de pensée met l'accent sur la responsabilité individuelle et favorise la sélectivité, la privatisation, l'établissement de mécanismes de marché dans la livraison des services. Conformément au courant néo-libéral, l'État doit se désengager et devenir un État minimal, qui s'implique le moins possible dans les services à développer au niveau public. D'après cette idéologie :

- le gouvernement devrait laisser agir la loi de l'offre et de la demande entre les professionnels de la santé ou des services sociaux et les clients;
- le gouvernement devrait fournir un financement minimal à des organismes privés, à but non lucratif ou non, chargés de livrer les services;

- le gouvernement devrait être complètement absent de la définition des orientations et de la gestion de ces organismes.

b) le courant socio-institutionnel

Selon le courant socio-institutionnel, qui est à l'origine des différents programmes de l'État-providence, l'État doit être omniprésent et central dans les programmes sociaux et de santé. "La réponse aux besoins sociaux est conçue ici comme un droit social fondé non plus sur la responsabilité individuelle ou la faute personnelle, mais sur le risque ou le besoin"(10). Cette approche vise à mettre tous les citoyens à l'abri de l'insécurité et des risques sociaux majeurs, et l'État se fait le garant de ces droits sociaux. Selon cette perspective, l'État est interventionniste et gère plus ou moins directement les services et les programmes.

Nous avons "opérationnalisé" ce courant en trois énoncés :

- le gouvernement devrait définir les stratégies d'action et les programmes spécifiques au niveau local communautaire. Il s'agit ici d'un communautaire socio-étatique dont les CLSC du Québec constituent l'exemple le plus évident au Canada;
- le gouvernement devrait fournir la totalité du financement des centres communautaires;
- le gouvernement devrait être impliqué directement dans la définition des orientations et dans la gestion des centres communautaires.

Dans l'approche socio-étatique ou socio-institutionnelle, le gouvernement est le maître d'oeuvre de l'intervention communautaire. Il s'agit d'une intervention officielle et publique, très fortement orientée par l'État et largement financée par les deniers publics.

c) le courant socio-communautaire

Le rapport Barclay, cité précédemment, est une bonne illustration du courant socio-communautaire. Selon ce courant, il importe de maintenir et même de développer les droits sociaux acquis : pour ce faire, l'État doit demeurer très présent, car il est le seul garant possible des droits sociaux collectifs. Mais l'État et sa techno-bureaucratie ne doivent

pas occuper tout l'espace dans la définition et la fourniture des services. Le courant socio-communautaire prône la "resocialisation des mécanismes de protection sociale"(11) et l'appropriation par les communautés des moyens d'intervention. En conséquence, les services sociaux et de santé peuvent être pris en charge au niveau local, ce qui "nécessite une décentralisation des lieux de décision"(12) et des mécanismes de participation assurant le contrôle des services par les bénéficiaires et les citoyens.

Nous avons traduit l'option socio-communautaire par les quatre énoncés suivants :

- le gouvernement devrait fournir aux centres communautaires un cadre juridique spécifique se limitant aux orientations, objectifs et critères généraux, afin de marquer officiellement leur reconnaissance;
- le gouvernement devrait déléguer des pouvoirs réels et significatifs aux conseils d'administration des centres (décentralisation);
- le gouvernement devrait fournir un financement important, mais non la totalité du budget des centres;
- le gouvernement devrait nommer seulement une minorité des membres des conseils d'administration des centres.

Comme la formule des coopératives correspond à une vision originale de l'approche communautaire et qu'elle est appliquée dans au moins une province (Saskatchewan) au niveau de la santé, nous avons voulu savoir comment les répondants se situaient face aux recommandations d'un groupe de travail national sur le développement de coopératives de santé(13). L'analyse des réponses à cette question permettra d'évaluer si le modèle coopératif représenterait l'une des alternatives possibles dans l'organisation des services communautaires.

L'étude des orientations des centres communautaires sera éclairante parce qu'elle explicitera certains a priori idéologiques et permettra de mieux comprendre l'état du développement conceptuel qui préside à l'action concrète des organismes communautaires auprès des populations. Cependant, les orientations, comme les valeurs et les attitudes, ne sont pas toujours contraignantes pour l'action et nous

trouverons peut-être certaines contradictions entre les orientations explicites et l'action concrète. Mais nous tenterons quand même d'établir des liens entre les orientations et les modalités organisationnelles concrètes dans les centres communautaires de santé et de services sociaux.

Les centres communautaires

L'intervention communautaire s'articule notamment en des modèles organisationnels qui visent à rendre des services, des activités et des programmes disponibles à la commu nauté, avec sa participation. Concrètement, nous avons retenu comme centres communautaires de santé et de services sociaux des organismes publics ou privés à but non lucratif, incorporés formellement et se réclamant de l'intervention communautaire. En plus des orientations, ils sont étudiés sous deux aspects principaux : le fonctionnement et le financement.

Le fonctionnement

Pour comprendre le fonctionnement des centres, nous avons tenté d'obtenir des informations relatives à l'organisation de leurs programmes d'activités et de leurs modes de gestion. Le fonctionnement, tel que nous l'avons défini, comprend aussi l'encadrement des professionnels socio-sanitaires et du personnel livrant les services.

Un centre communautaire qui veut promouvoir l'autonomie de la communauté se doit d'adopter un fonctionnement interne cohérent par rapport aux objectifs qu'il promeut(14). Globalement, la promotion d'objectifs communautaires implique pour le fonctionnement d'un centre communautaire :

- une participation significative de la communauté au niveau de l'identification des besoins, du choix des programmes ou services et de l'évaluation; cette participation est plus large que celle au conseil d'administration (sans l'exclure) et repose sur la perception de base que la population est partenaire et non simplement cliente ou bénéficiaire;
- une organisation du travail en équipe(s) de travail de type pluri ou multidisciplinaire: l'organisation indivi-

duelle ou unidisciplinaire est inadéquate pour réaliser les multiples facettes d'une approche communautaire globale avec ses différents niveaux;

- une gestion réelle mais souple des procédures et des consignes; la rigidité s'avère à la longue contre-productive, autocratique et ne ménage aucune place à un partenariat de la population; le laisser-faire ouvre la porte au désordre et à l'arbitraire et la ferme à une participation démocratique de la population;
- une composition du personnel qui fasse place à des types d'emplois pertinents en regard de l'intervention communautaire; ce qui signifie, par exemple, des travailleurs communautaires mais aussi des bénévoles et des autodidactes;
- une gamme de services ou de programmes assez large pour couvrir les dimensions de l'intervention préventive et collective et pas seulement celle du curatif;
- une recherche systématique de collaboration et de concertation avec les autres organismes de la communauté, non seulement ceux qui oeuvrent au niveau des services sociaux ou de santé, mais encore, par exemple, les organismes scolaires, municipaux, socio-économiques, clubs sociaux, etc.;
- une accessibilité physique à la population en termes d'heures d'ouverture, de services d'urgence, de localisation, d'aménagement des locaux, de moyens de transport et de communication;
- un mode de rémunération des médecins qui ne soit pas lié à l'acte mais qui leur donne la latitude de temps pour une approche plus globale et des interventions préventives collectives: le salariat ou, au moins, la vacation.

Au niveau du fonctionnement, les réponses ne couvrent pas de façon exhaustive tous les aspects ci-dessus évoqués, mais fournissent une information sur :

- le type de personnel et sa capacité à desservir dans leur langue les clientèles issues de groupes ethniques minoritaires;
- l'accessibilité du centre;
- le conseil d'administration, sa composition et son fonctionnement;

- le type de regroupement du personnel intervenant;
- les activités, services ou programmes;
- la coordination du centre avec les autres ressources d'intervention.

L'ensemble de ces questions à choix fermé repose sur un modèle de centre communautaire que l'équipe de recherche considère comme une hypothèse à vérifier. Les choix de réponses proposés traduisent tant des modalités de fonctionnement conformes à notre hypothèse d'approche communautaire que des modalités plus traditionnelles et moins ouvertes aux besoins et à la participation de la communauté.

Prenons, par exemple, l'aspect de l'accessibilité pour illustrer notre approche. Quatre questions tentent de cerner cette dimension: une question factuelle sur le nombre d'heures et les moments d'ouverture du centre à chaque jour de la semaine, et trois questions d'appréciation, plus subjectives et qualitatives. Il sera possible à partir de ces questions de bâtir un indice d'accessibilité en pondérant les différents facteurs. Pour les fins de l'illustration, considérons une seule question, celle des heures d'ouverture. On peut, d'une part, énoncer de façon générale qu'un centre dont les heures d'ouverture hebdomadaires sont plus nombreuses est plus disponible aux besoins de sa communauté qu'un centre dont les heures d'ouverture sont plus limitées. Ainsi, un centre ouvert au public pendant 60 heures par semaine sera considéré plus disponible aux besoins des usagers qu'un autre qui ne l'est que 30 heures. D'autre part, on peut aussi penser qu'un centre qui a modulé ses heures d'ouverture pour desservir la population en dehors des heures habituelles de travail, sera plus conforme, dans son fonctionnement, à l'approche communautaire qu'un centre qui n'a fait aucun effort en ce sens et qui ne fonctionne qu'à l'intérieur du registre restreint des heures normales de bureau, l'habituel 9 à 5.

Le fonctionnement, les modalités de gestion et l'organisation des pratiques constituent les principales caractéristiques opérationnelles d'un centre communautaire. Celles-ci sont largement conditionnées, non seulement par le niveau idéologique (orientations et valeurs) et les facteurs d'ordre psychologique, tels que la motivation du personnel, mais aussi par le

niveau et les modalités de financement.

Le financement

La pertinence du financement, tant en quantité qu'en qualité, représente une question très importante pour la réalisation de la mission d'un centre de services communautaires. Autant un financement suffisant, souple et récurrent permet à un organisme de répondre et de s'adapter aux besoins de la communauté, autant un financement insuffisant, rigide et incertain compromet, non seulement l'existence des services communautaires, mais aussi la qualité des programmes. Il existe plusieurs modalités de financement et le questionnaire comprend dix questions qui tentent de mieux saisir la problématique du financement des centres communautaires.

Une première question porte sur le montant du budget total des centres en 1987-1988, suivie d'une question d'évaluation de la pertinence de ce budget en regard de la mission à accomplir.

L'information sur les sources de financement publiques, privées ou communautaires ainsi que les revenus d'autofinancement nous permettra d'identifier la part relative de chaque source. Plus un organisme s'en remet à des revenus d'autofinancement, par exemple, plus il conserve son autonomie. Par ailleurs, il est pertinent, selon nous, qu'un centre communautaire tire une partie de son budget de sa communauté. Cette information permettra aussi d'évaluer l'investissement relatif de chaque palier de gouvernement, fédéral, provincial et municipal, dans les services communautaires de santé et de services sociaux. Une trop grande dépendance à l'endroit d'une seule source de financement risque d'orienter les programmes et les activités du centre communautaire en fonction de priorités qui ne sont pas nécessairement locales ou issues de la communauté.

Les centres communautaires font souvent face à l'incertitude du lendemain, spécialement en fin d'exercice financier. Aussi avons-nous posé une question sur la proportion du budget qui, au cours de l'exercice 1987-1988, est récurrente.

Les modes de financement, qu'il s'agisse d'un financement par programme, par capitation, par volume de clientèle ou par

budget global, déterminent les modes de fonctionnement d'un organisme de services.

Certains de ces modes favorisent une plus grande latitude dans la définition des solutions aux problèmes ou des réponses aux besoins: ainsi, le financement par budget global ou par capitation nous semble laisser aux centres une marge d'autonomie plus grande que le financement par programme spécifique ou, surtout, par volume de clientèle. Le questionnaire comprend aussi une question sur le mode de financement que les centres considèrent comme étant le plus approprié.

Nous avons aussi voulu savoir si les centres ont eu la possibilité d'innover durant la dernière année et, surtout, comment ils ont réussi à financer les nouveaux services ou programmes.

Finalement, une question d'appréciation porte sur l'attitude des bailleurs de fonds à l'endroit de l'autonomie du centre, de ses orientations, de ses politiques et de ses programmes. Cette question permettra d'entrevoir le type de relations qui s'établit entre les centres communautaires et les bailleurs de fonds, à partir de la perception que les centres en ont.

Une hypothèse de "modèle" de centre communautaire

Tentons de synthétiser ce qui précède en posant la question suivante: dans le concret quotidien, ce serait quoi un centre communautaire aujourd'hui? Il y a abondance de discours de type idéologique ou symbolique sur les orientations et l'importance socio-politique du communautaire; il y a aussi des analyses spécifiques sur l'un ou l'autre aspect du communautaire, comme la participation des citoyens aux conseils d'administration, l'approche globale, la prévention, etc. Nous émettons comme hypothèse de base que, pour être communautaire, un centre doit posséder simultanément un certain nombre de caractéristiques à divers niveaux :

- au niveau de ses orientations générales (ce qui rejoint davantage l'aspect idéologique ou symbolique);
- au niveau de l'organisation de son fonctionnement

quotidien (administratif, professionnel);
- au niveau de son financement (sources, modalités).

Nous sommes conscients que, dans la réalité, il n'existe pas un seul modèle idéal de centre communautaire, compte tenu de la complexité du phénomène, des situations sociales et du fonctionnement des organisations, en plus d'autres facteurs extérieurs comme le statut juridique, le financement, etc. Nous savons aussi que le "modèle" proposé n'est que préliminaire et sujet à raffinement... mais cela n'empêche pas de vouloir y voir plus clair afin de mieux comprendre cette réalité complexe et en constante évolution.

Bref, ce serait quoi un centre communautaire?

Au niveau des orientations

La philosophie d'intervention communautaire se fonde sur une approche spécifique globale, intégrant la santé et le social, qui est très différente d'une approche strictement technique. Cette approche est constamment ouverte à de nouvelles perspectives, et couvre une large gamme de modalités et de types d'intervention préconisant l'interdépendance, la solidarité et l'entraide entre les membres d'une communauté.

L'intervention communautaire a un parti pris pour les solutions démocratiques et favorise largement la participation de la population tant sur le plan de l'identification des besoins que sur celui des décisions concernant les services et les programmes. Plusieurs modalités de participation démocratiques sont possibles: comités consultatifs statutaires, comités décisionnels spécifiques liés au conseil d'administration et composé de membres de la communauté, mécanisme d'élection au conseil d'administration (plutôt que sélection ou nomination), représentation significative de la population directement concernée et des usagers, comité de promotion, etc.

En conformité avec l'idéologie socio-communautaire, les usagers et la population sont perçus, non pas comme des clients ou des bénéficiaires, mais comme des partenaires. Ce sont des membres de la communauté qui ont la capacité de s'organiser et qui peuvent se prendre en charge de façon de plus en plus autonome.

Les autorités publiques et gouvernementales jouent constamment un rôle dans l'évolution des réponses de type

communautaire. Le communautaire de type territorial est en lien constant, formellement ou informellement, avec le gouvernement municipal. Les gouvernements peuvent soutenir le mouvement communautaire en définissant un cadre juridique global pour son action (reconnaissance formelle du secteur communautaire en tant qu'acteur social), et en précisant des critères minimaux d'accessibilité et de non-discrimination garantissant les services à toute la communauté, de telle sorte que les centres respectent les droits civils et sociaux insérés dans les chartes des droits. La participation financière des gouvernements doit être suffisante, mais ne devrait pas atteindre 100% pour maintenir un haut niveau d'autonomie locale et communautaire.

Au niveau du fonctionnement

Le conseil d'administration est élu démocratiquement et fonctionne de façon statutaire, sinon le centre appartient aux gestionnaires et aux professionnels qui y oeuvrent. Les membres du conseil d'administration sont élus pour des périodes déterminées et limitées (deux à trois ans); les règles de renouvellement de mandat doivent être explicitées. Le conseil d'administration travaille sur les vraies questions et se réunit à un rythme de réunion suffisant, soit au moins six fois par année.

Idéalement, le personnel communautaire réside dans la communauté, comporte un certain équilibre entre les professionnels, les bénévoles et les autodidactes et reflète la composition de la communauté. Le personnel est organisé en équipes pluridisciplinaires et les services de base incluent des programmes préventifs et d'intervention collective.

Les objectifs d'un centre communautaire sont légitimés par la communauté elle-même. Même si les procédures et les consignes relèvent de la régie interne, elles doivent être favorables au processus communautaire. Ceci signifie que les mécanismes de décision et d'appel sont simples, facilement accessibles et appliqués de façon souple pour s'adapter rapidement aux situations imprévues ou aux circonstances changeantes.

Un organisme communautaire est ouvert à la concertation; il cherche à coordonner ses activités avec les autres ressources du milieu et à établir des collaborations stables et constantes.

L'accessibilité physique et psychologique représente un aspect important d'une organisation communautaire, ce qui implique des locaux adéquats, bien localisés et à proximité des principaux moyens de transport en commun. Les heures d'ouverture sont suffisamment étendues pour permettre à la population de participer aux activités communautaires. Le centre doit prévoir des possibilités d'accès aux services en cas d'urgence ou en dehors des heures normales de fonctionnement.

Au niveau du financement

Il y a d'abord la nécessité d'un financement suffisant pour fonctionner. Mais la structure et le mode de financement comptent aussi : une source unique de financement risque de limiter l'autonomie du centre. Par ailleurs, il est logique qu'un centre communautaire soit financé en partie par la communauté.

Le mode de financement est important aussi. Un financement par *volume de cas* n'est pas nécessairement le plus favorable à l'approche communautaire. Un financement par programmes prioritaires peut brimer l'autonomie du centre et relativiser l'importance des choix locaux. Le financement global ou par capitation semble offrir les meilleures possibilités de développer une intervention communautaire.

L'ensemble de notre démarche de collecte de données a été orienté en vertu du cadre conceptuel que nous venons d'exposer. Nous décrirons au prochain chapitre les éléments méthodologiques de la recherche, tant au niveau des problèmes rencontrés, des limites et des contraintes, qu'au niveau des choix effectués et des caractéristiques de nos données.

Notes

1. BARCLAY, P.M. **Social Workers, their Role and Tasks,** Londres, Bedford Square Press, 1982, 283 p.

   BULMER, M. **Neighbours,** Cambridge, Cambridge University Press, 1986, 282 p.

   LAMOUREUX, H., et al. **L'intervention communautaire,** Montréal, Éditions Saint-Martin, 1984, 237 p.

   PAYNE, M. **Social Care in the Community,** Londres, McMillan Education Ltd., 1986, 148 p.

   WILLMOTT, P. **Social Networks Informal Care and Public Policy,** Londres, Policy Studies Institute, 1986, 134 p.

2. WILLMOTT, P. op. cit.

3. MELUCCI, A. **Revue internationale d'action communautaire,** "Mouvements sociaux, mouvements post politiques", Université de Montréal, no 10/50, 1983, p. 14-16.

   LAUZON, Normand. **Étude des diverses significations de la participation dans les milieux populaires urbains,** Montréal, Centraide Montréal, 1978, 125 p.

4. WARREN, R.L. **The Community in America,** Chicago, Rand-McNally and Company, 1966, p. 9.

5. WARREN, R.L. op. cit., p. 10

6. BARCLAY, P.M. op. cit.

7. PILON-QUIVIGER, Andrée. **Impact de l'expérience communautaire sur le développement personnel des adultes,** Montréal, Centre éducatif et communautaire René-Goupil, 1984, 173 p. (Le document analyse le lien dialectique entre le développement personnel, la conscientisation et la mobilisation collective des membres de la communauté.)

   PILON-QUIVIGER, Andrée. **Expérience communautaire et croissance psychosociale des jeunes,** Montréal, C.E.C.R.-G., 1986, 380 p. (Étude réalisée pour le Conseil québécois de la recherche sociale — même type que la précédente.)

8. BARCLAY, P.M. op. cit.

9. L'excellente étude de Lionel Groulx effectuée dans le cadre de la commission Rochon, **L'État et les services sociaux,** nous sert ici de cadre de référence.

10. GROULX, Lionel. op. cit.

11. GROULX, Lionel. op. cit.

12. GROULX, Lionel. op. cit.

13. GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LE DÉVELOPPEMENT COOPÉRATIF. **Une stratégie de développement coopératif pour le Canada**, Ottawa, 1984.

14. POUPART, R. et al. **La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC**, p. 77-92

CHAMPOUX, L. et al. **Opération-Bilan (CLSC)**, Québec, M.A.S., 1975, p. 27-28.

ALARY, J., et F. LESEMAN. **CLSC-Opération Bilan** (Rapport dissident), Québec, M.A.S., 1975, p. 76-94.

LAMOUREUX, H. et al. **L'intervention communautaire**, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1984, 237 p.

Chapitre 2

LA MÉTHODOLOGIE

La présente recherche a posé plusieurs problèmes d'ordre méthodologique dont la solution s'est avérée plus ou moins satisfaisante. Certains de ces problèmes découlent de la complexité des questions d'ordre conceptuel et de la difficulté à les traduire en termes opérationnels. Si ces problèmes à ce premier niveau ont été solutionnés, des difficultés d'ordre proprement méthodologique n'en demeurent pas moins.

Des difficultés d'ordre méthodologique

La difficulté de cerner l'univers

Il est actuellement à peu près impossible d'établir avec certitude le nombre de centres communautaires de santé et de services sociaux au Canada. Il n'y a jamais eu de répertoire systématique de ces organismes, et même s'il y en avait, la tenue à jour d'une telle liste dans les provinces représenterait un défi de taille puisque l'univers de l'intervention locale communautaire des services sociaux et de santé change continuellement. Les organismes de ce type ont une durée de vie variable, ils déménagent fréquemment, changent de nom, de mission ou de statut. Il est plus facile de cerner les institutions traditionnelles dans le domaine de la santé, telles que les hôpitaux, que d'établir une liste précise des services sociaux traditionnels et, a fortiori, des organismes de type communautaire.

Il n'existe donc pas de répertoire complet et à jour au niveau national. Dans chaque province, certains organismes, tels les Centraide ou les Conseils de planification sociale, tiennent des registres des organismes privés à but non lucratif ou des organismes de services personnels ou collectifs. Les centres d'information ou de référence tiennent à jour des répertoires des ressources publiques ou privées existant dans les communautés qu'ils desservent. Cependant, l'information est fragmentée et souvent parcellaire, rarement complète ou à jour. Ceci s'explique par le fait que les organismes qui rassemblent ce type d'information le font pour des objectifs spécifiques. Dans cette perspective, l'information est tout à fait adéquate. Cependant quand on veut cerner la globalité d'un phénomène, les répertoires particuliers contiennent tous des lacunes qui en rendent l'utilisation difficile. Par exemple, sur l'ensemble des 1 166 questionnaires envoyés, 85 (7,3%) nous ont été retournés avec la mention *inconnu* ou *déménagé*.

Il est également difficile de s'entendre sur le sens à donner à l'expression *centre communautaire* parce qu'il varie d'une province à l'autre. La situation des Sociétés d'aide à l'enfance illustre bien cette difficulté. Dans certaines provinces, on les considère comme des organismes communautaires, et ce, pour différentes raisons. Elles sont privées à but non lucratif, elles sont dirigées par un conseil d'administration issu de la communauté, et elles ont vu le jour dans un passé assez lointain à la faveur d'un mouvement communautaire.

Par ailleurs, les services qu'elles offrent sont de type statutaire, définis par une loi très précise et très encadrante, et leurs méthodes de travail relèvent plus d'approches individuelles que collectives. A plusieurs points de vue, elles s'apparentent plus au secteur quasipublic institutionnel qu'au secteur communautaire. Ce qui n'empêche pas que ces organismes peuvent avoir à leur service des intervenants communautaires ou développer certains projets de type communautaire. Il n'est donc pas toujours facile d'identifier les centres communautaires d'une façon identique pour l'ensemble du Canada.

La difficulté d'établir un échantillon

S'il est à peu près impossible de définir l'univers avec précision, il est aussi impossible d'établir avec certitude la représentativité d'un échantillon. Ceci constitue une limite fort importante dans ce genre de recherche, ce qui ne signifie pas pour autant que la démarche est sans intérêt. Au contraire, l'équipe de recherche pense qu'il est possible de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine, même si les données contiennent certaines faiblesses et que la possibilité de généraliser demeure limitée.

Une approche empirique

Étant donné les difficultés de la démarche, nous avons adopté une stratégie qui nous a mis en relation avec des personnes impliquées dans le champ des services communautaires ou dotées d'une bonne connaissance des services sociaux et de santé au niveau communautaire dans chaque province.

Nous avons établi un comité consultatif de la recherche composé de dix personnes. Pour des raisons de contraintes financières, nous n'avons pas pu assurer une représentation de chaque province à ce comité. Nous avons demandé l'aide des membres du comité pour constituer la liste des centres dans les provinces suivantes : Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta. Dans les autres provinces, les chercheurs ont obtenu l'assistance de représentants connus des ministères de la Santé et des services sociaux ou d'organismes privés, tels les Conseils de planification sociale ou les Centres d'information et de référence. À partir de listes constituées et vérifiées auprès de nos répondants, l'équipe de recherche a effectué des appels téléphoniques à de nombreux organismes dans chaque province pour s'assurer de leur existence, de leur mission et de leurs services.

L'identification des centres communautaires dans le secteur des services sociaux a posé des difficultés particulières en raison de la diversité des définitions opérationnelles englobant la réalité des services sociaux. Où commence exactement une intervention sociale au sens technique du

terme? Peut-on identifier clairement les interventions spécifiques de centres communautaires dits polyvalents ou de première ligne par rapport à celles des agences traditionnelles de service social qui offrent des services considérés comme plus spécialisés?

On connaît bien la difficulté fréquente de démarquer le court du long terme, le préventif du curatif. De plus, si l'intervention d'un certain nombre d'organismes est relativement facile à situer de par leur statut ou leur mission spécifique (v.g. un centre de réadaptation, une agence de service social, une maison de jeunes, un club du 3e âge), l'intervention de nombreux organismes (volontaires surtout) demeure souvent plus globale, allant de la zone du loisir à celle de l'acte clinique technique. Enfin, la distinction selon le type de professionnels n'est pas toujours parfaitement claire: des travailleurs sociaux peuvent se limiter à l'intervention clinique individuelle traditionnelle, tout comme ils peuvent faire des interventions plus globales de type communautaire collectif; des bénévoles ont parfois une formation professionnelle formelle, alors que des autodidactes, sans statut professionnel formel, peuvent avoir acquis des éléments de compétence et poser des gestes professionnels. En tout état de cause, ont été retenus pour les fins de cette étude un certain nombre de centres répondant à des critères pré-établis.

Les centres identifiés et retenus

Pour identifier les centres à l'étude, nous avons d'abord retenu le critère général de la mission des centres :

- être un centre de services généraux, préventifs ou curatifs de première ligne, fonctionnant selon une approche communautaire (ex.: Community Health Centres, en Ontario);
- ou être un centre de services sociaux généraux à la famille ou à l'enfance, fonctionnant selon une approche communautaire;
- ou être un centre de services de santé ou de services sociaux visant une problématique ou une population particulière et fonctionnant selon une approche communautaire :

- services à la jeunesse
- services aux femmes
- services aux personnes âgées
- services aux personnes handicapées
- services aux minorités ethniques ou aux immigrants
- services en alcoolisme ou toxicomanie
- services en santé mentale;

• ou être un centre communautaire polyvalent livrant les services sociaux et les services de santé selon une approche intégrée (par exemple, les CLSC au Québec).

De plus, tous les centres retenus répondent aux trois critères suivants :

• ils offrent des services directs et formels;
• ils sont incorporés légalement et leur mission principale est de fournir des services de santé et/ou des services sociaux dans la communauté;
• ils sont publics ou privés à but non lucratif.

Ces critères ont guidé notre choix des types d'organismes à inclure ou à exclure de l'étude. Ainsi, des organismes dont la mission principale est d'offrir des services résidentiels, ou des services médico-hospitaliers, ou des services statutaires ou obligatoires encadrés par des législations très prescriptives, ont été exclus. Quant à ce dernier type de services, nous avons considéré que les clientèles ne sont pas volontaires, que les organismes sont quasigouvernementaux et qu'ils sont trop institutionnalisés pour laisser une marge d'autonomie suffisante au niveau local et communautaire.

En vertu du critère des services directs et formels, nous avons exclu les services d'entraide informels ou les associations de défense des intérêts des membres, qui n'offrent pas une gamme diversifiée de services.

Le critère d'incorporation légale a notamment éliminé les programmes communautaires de certains grands organismes ayant une mission plus large que celle d'offrir des services communautaires (ex.: les programmes communautaires de certains grands hôpitaux psychiatriques). D'après ce critère, nous avons aussi exclu les associations nationales fonctionnant de façon centralisée et dont les bureaux locaux ne sont pas légalement autonomes.

Il faut bien préciser le sens des inclusions/exclusions. Les centres identifiés devaient généralement correspondre aux données de la littérature sur les services communautaires, mais ceci ne signifie pas que certains centres exclus ne sont pas communautaires, qu'ils ne pratiquent pas d'interventions communautaires, ou ne comprennent pas plusieurs dimensions de type communautaire. Au fond, il ne faut pas attribuer un sens particulier aux exclusions; on doit plutôt le faire pour les centres retenus: celui de correspondre plus étroitement à la conception que l'équipe de recherche se fait, à partir des données de la littérature, des services communautaires de santé et de services sociaux. Les centres ainsi retenus par l'application de ces critères ne représentent pas la totalité des organismes communautaires de santé et de services sociaux au pays. L'application des critères nous a fourni une base empirique pour arriver à une approximation aussi juste que possible du phénomène à étudier.

Des 1 166 centres identifiés, 1 115 centres ont été retenus, 51 centres ayant retourné le questionnaire parce que non incorporés légalement. Le tableau 2.1 établit, par province, la répartition des centres retenus pour l'étude, le nombre et le pourcentage des questionnaires reçus et analysés (368 questionnaires analysés sur un total potentiel de 1 115, soit un taux de réponse de 33%).

Tableau 2.1

Pourcentage des questionnaires soumis à l'analyse

Province	Questionnaires valides	Questionnaires reçus et analysés	%
Terre-Neuve	61	16	26,2
Nouvelle-Écosse	87	34	39,1
Île-du-Prince-Édouard	42	10	23,8
Nouveau-Brunswick	107	43	40,2
Québec	155	60	38,7
Ontario	200	49	24,5
Manitoba	120	41	34,2
Saskatchewan	111	44	39,6
Alberta	103	33	32,0
Colombie-Britannique	119	37	31,1
	105	367	33,2
Territoires du Nord-Ouest	7	—	—
Yukon	3	1	33,3
Total	**1 115**	**368**	**33,0**

Représentativité

Les limites méthodologiques de l'étude ne permettent pas d'établir la représentativité statistique de l'échantillon. En fait, le niveau de généralisation de la présente recherche se limite aux 368 centres analysés. C'est modeste, mais cela représente un premier pas pour l'analyse systématique de tels centres communautaires à la grandeur du Canada.

Malgré cette limite, il est possible de mesurer, selon diverses techniques statistiques, la force de l'association entre les variables du modèle.

La cueillette des données

Le principal instrument de cueillette des données est un questionnaire comprenant 49 questions fermées (Cf. annexe I),

regroupées sous quatre rubriques principales :

Informations générales
Orientations
Fonctionnement
Financement.

Ce questionnaire, après une première ébauche en janvier 1987, a été soumis à dix lecteurs indépendants aux fins de validation. Cette première étape nous a permis d'éliminer les principales ambiguïtés et difficultés de compréhension. Le questionnaire fut ensuite administré en deux étapes. Au printemps 1987, il fut envoyé aux centres du Québec et de l'Ontario. La compilation de ces résultats a fait l'objet d'un premier rapport effectué dans le cadre du Programme de recherche de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux du Québec(1).

Après avoir obtenu un financement pour effectuer l'étude dans l'ensemble des autres provinces, le questionnaire fut légèrement modifié de façon à éliminer certains problèmes relatifs à la formulation des questions, problèmes qui se sont manifestés au moment de l'analyse des données de la phase Québec-Ontario. En raison de ces modifications, certaines réponses ne seront pas analysées dans le présent compte rendu de l'étude.

Outre l'envoi de 1 166 questionnaires, l'équipe de recherche a réalisé un total de 70 entrevues dans les dix provinces, auprès de représentants des ministères, d'universitaires, de responsables de centres, de professionnels et de membres des conseils d'administration.

Les aspects conceptuels et méthodologiques ayant été traités dans cette première partie, nous présenterons dans la partie suivante les principaux résultats de l'étude, en commençant par les caractéristiques générales. Les principales caractéristiques générales sont considérées comme des variables structurantes; elles feront l'objet de croisement entre elles au chapitre 3. Elles seront aussi croisées avec l'ensemble des autres variables regroupées sous certains thèmes dans les chapitres qui suivent.

Notes

1. QUIVIGER, Claude, **Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé : Étude comparative Québec-Ontario**, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 252 p.

Chapitre 3

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Sept dimensions décrivent les caractéristiques générales des centres à l'étude: l'ancienneté, l'instance créatrice, le statut, la population-cible, les caractéristiques du territoire où réside la population desservie, l'homogénéité ethnique de la population et la nature des services offerts.

Dans un premier temps, quelques commentaires accompagnent la présentation des données d'ensemble. Ensuite, les associations significatives découlant du croisement de ces données sont présentées et discutées sommairement.

Comme on peut l'observer au tableau 3.1, l'implantation des centres communautaires de santé et de services sociaux est un phénomène assez récent, du moins pour la population à l'étude, la médiane du nombre d'années d'existence s'établissant à 11 ans. Comme phénomène institutionnel, c'est très jeune; 49% de ces centres ont entre un et dix ans d'ancienneté.

La majorité des centres a été créée par des instances privées, des associations volontaires ou des particuliers (62%). Quand une instance publique a participé à la création d'un centre, il s'agit généralement du gouvernement provincial.

Les centres qui ont répondu au questionnaire sont surtout des organismes communautaires privés à but non lucratif (84%).

Au plan de la population desservie, les centres communautaires s'adressent soit à l'ensemble de la population de leur territoire, soit à une ou des populations spécifiques (clientèles-cibles, groupes d'âge particuliers, problématiques définies et restreintes, etc.). Une faible majorité des centres à l'étude dessert une population spécifique (54%).

Tableau 3.1

Caractéristiques générales

Caractéristiques générales	%	n	N
Ancienneté			
10 ans ou moins	49	175	
Entre 11 et 20 ans	34	121	
21 ans et plus	17	63	(359)
	100		
Instance créatrice			
Publique	14	51	
Privée	62	228	
Publique et privée	24	89	(368)
	100		
Statut du centre			
Organisme communautaire public	16	59	
Organisme communautaire privé à but non lucratif	84	307	(366)
	100		
Population-cible			
Totale	46	168	
Spécifique	54	199	(367)
	100		
Territoire desservi			
Urbain seulement	56	204	
Rural seulement	16	58	
Urbain, semi-urbain, rural	28	101	(363)
	100		
Ethnicité de la population			
Homogène	50	177	
Hétérogène	50	174	(351)
	100		
Nature des services			
De santé	10	36	
Sociaux	52	190	
Intégrés	38	140	(366)
	100		

L'indicateur des caractéristiques du territoire desservi par les centres communautaires demeure faible en raison de l'absence d'une définition claire dans le questionnaire. Deux catégories, territoire exclusivement urbain et territoire exclusivement rural, semblent plus fiables. Si on exclut ce qui peut porter à confusion, les territoires mixtes et les milieux semi-urbains, on peut dire que la majorité des centres étudiés desservent une population résidant en territoire urbain (56%).

Les centres desservent dans 50% des cas des populations homogènes sur le plan ethnique. Cependant il y a une grande variation selon les provinces, comme les données provinciales le révéleront un peu plus loin.

52% des centres répondants offrent des services sociaux, 38% des services selon un modèle intégrant les services de santé et les services sociaux et seulement 10% des services de santé exclusivement.

L'ancienneté

Pour obtenir l'information sur l'ancienneté des centres, nous avons posé la question suivante :

Depuis combien d'années le centre offre-t-il des services de santé et/ou des services sociaux?

Le constat de la jeunesse relative des centres a déjà été effectué. Les données sur l'ancienneté sont regroupées en trois catégories: les centres comptant 10 ans ou moins, de 11 à 20 ans et 21 ans et plus d'existence. Le choix de cette périodicité correspond aux décennies les plus récentes; ainsi les centres de la première catégorie, comptant 10 ans ou moins d'existence, sont globalement des produits de la décennie 1980-1990, ceux de la deuxième catégorie ont vu le jour entre 1970 et 1980 et les plus anciens remontent aux décennies 40, 50 ou 60.

Le tableau 3.2 présente l'ancienneté des centres selon la province. On y observe que 49% des centres ont 10 ans ou

Tableau 3.2

Ancienneté des centres selon la province

Province	10 ans ou - %	(n)	11 à 20 ans %	(n)	21 ans et + %	(n)	Total %	N
Terre-Neuve	56	(9)	31	(5)	13	(2)	4	(16)
Nouvelle-Écosse	50	(17)	27	(9)	23	(8)	10	(34)
Île-du-Prince-Édouard	40	(4)	40	(4)	20	(2)	13	(10)
Nouveau-Brunswick	74	(29)	15	(6)	11	(4)	11	(39)
Québec	52	(31)	43	(26)	5	(3)	17	(60)
Ontario	25	(12)	47	(22)	28	(13)	13	(47)
Manitoba	37	(15)	38	(15)	25	(10)	11	(40)
Saskatchewan	71	(31)	18	(8)	11	(5)	12	(44)
Alberta	39	(12)	29	(9)	32	(10)	9	(31)
Colombie-Britannique	41	(15)	43	(16)	16	(6)	10	(37)
Total	49	(175)	33	(120)	18	(63)	100	(358)

p=,000, V de Cramer*=,26

*V de Cramer: Version légèrement modifiée du Phi pour des tableaux ayant plus de deux rangées et de deux colonnes

moins, 33% entre 11 et 20 ans, et seulement 18%, 21 ans et plus d'existence. L'ancienneté des centres varie de façon significative selon la province où ils sont implantés (p=,000). Les centres de l'Ontario sont généralement les plus anciens (75% ont 10 ans ou plus); ceux du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan sont plus récents. En effet, 74% des centres du Nouveau-Brunswick et 71% de ceux de la Saskatchewan comptent 10 années d'existence ou moins. Si on ordonne les provinces selon l'ancienneté de leurs centres, en retenant ceux qui ont 10 années d'existence et plus, on obtient :

Ontario	75%	Nouvelle-Écosse	50%
Manitoba	63%	Québec	48%
Alberta	61%	Terre-Neuve	44%
Île-du-Prince-Édouard	60%	Saskatchewan	29%
Colombie-Britannique	59%	Nouveau-Brunswick	26%

En regroupant les provinces selon les quatre grandes régions du pays, on constate que les centres des provinces de l'Atlantique et du Québec sont généralement plus récents que

ceux des autres provinces. Au Québec, seulement 5% des centres à l'étude comptent 21 ans et plus d'existence (tableau 3.3).

Tableau 3.3

Ancienneté des centres selon la région

Région	De 1 à 10 ans %	(n)	De 11 à 20 ans %	(n)	21 ans et plus %	(n)	Total %	N
Atlantique	60	(59)	24	(24)	16	(16)	28	(99)
Québec	52	(31)	43	(26)	5	(3)	17	(60)
Ontario	25	(12)	47	(22)	28	(13)	13	(47)
Ouest	48	(73)	32	(48)	20	(31)	42	(152)
Total	**49**	**(175)**	**33**	**(120)**	**18**	**(63)**	**100**	**(358)**

p =,000, V de Cramer=,18

On note que les centres les plus récents définissent un peu plus fréquemment leur mission en fonction de populations spécifiques plutôt qu'en fonction de l'ensemble de la population résidant sur leur territoire. Plus les centres sont anciens, plus ils s'adressent à l'ensemble de la population de leur territoire: 55% des centres de 21 ans et plus, 50% des centres ayant entre 11 et 20 ans et seulement 38% des centres de moins de 10 ans (tableau 3.4).

Tableau 3.4

Ancienneté des centres selon la population-cible

Ancienneté	Population-cible: Totale %	(n)	Spécifique %	(n)	Total %	(N)
1 à 10 ans	38	(66)	62	(108)	49	(174)
11 à 20 ans	50,4	(61)	49,6	(60)	34	(121)
21 ans et plus	56	(35)	44	(28)	17	(63)
Total	**45**	**(162)**	**55**	**(196)**	**100**	**(358)**

p=,02, V de Cramer=,14

Cette tendance, si elle reflète la réalité de l'ensemble des centres communautaires, signifie-t-elle que les approches sélectives sont favorisées au détriment d'approches plus globales et universelles? Si les centres plus récents catégorisent les clientèles et spécialisent leurs missions plutôt que d'assumer l'ensemble des problèmes socio-sanitaires d'une communauté territoriale, sommes-nous en présence d'une volonté d'efficacité accrue de l'intervention? Cette observation serait-elle liée aux politiques de financement des organismes subventionneurs? Il nous semble que cette tendance serait plutôt liée au caractère privé de la majorité des centres à l'étude. En effet, des organismes privés de cette nature reflètent plus facilement les intérêts des groupes promoteurs que ne le font les organismes publics.

La majorité des centres à l'étude desservent une population urbaine (56,2%) et seulement 15,8% des centres desservent une population rurale (tableau 3.5).

Tableau 3.5

Ancienneté des centres selon le territoire

	Territoire							
	Urbain		Rural		Autres (Semi-urbain, mixte)		Total	
Ancienneté	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	N
1à 10 ans	46	(79)	20	(34)	34	(58)	48	(171)
11à 20 ans	68	(81)	15	(18)	17	(21)	34	(120)
21 ans et plus	62	(39)	6	(4)	32	(20)	18	(63)
Total	56	(199)	16	(56)	28	(99)	100	(354)

p=,000, V de Cramer=,16

Sur le plan de l'ancienneté, les centres les plus récents desservent une population urbaine dans une proportion de 46% et une population rurale dans une proportion de 20%. Quant aux centres les plus anciens, les proportions sont respectivement de 62% et de 6%, alors que les centres comptant de 11 à 20 ans d'existence s'adressent encore plus fortement aux populations urbaines, soit 68% par rapport à 15% pour les populations rurales. Même si, de façon générale, les centres

répondants desservent plutôt une population urbaine, on observe que les centres créés au cours de la dernière décennie semblent desservir une plus grande proportion de populations rurales que les centres créés lors des décennies précédentes, ce qui pourrait laisser supposer une amélioration de l'accessibilité.

Instance créatrice

Qui est à l'origine des centres communautaires? Pour connaître l'instance créatrice d'un centre, nous avons posé la question suivante:

Qui a décidé de créer le centre? (Plusieurs réponses possibles.)

Notre intention était de savoir si les gouvernements, à quelque niveau que ce soit, étaient impliqués dans la décision de créer l'organisme, ou si les centres émanent plutôt de l'action des associations volontaires ou des particuliers. Aux fins de l'analyse, nous avons regroupé les différentes réponses en trois catégories: instances publiques, instances privées et instances publiques et privées.

Sans en faire un facteur à jamais déterminant, on peut supposer que les instances créatrices ont quelque chose à voir avec l'évolution des centres, surtout quand ils sont encore jeunes, ce qui est le cas pour la majorité de ceux que nous avons étudiés. Selon que ces instances originelles sont l'État, des organismes publics, des organismes volontaires ou des comités de citoyens, les caractéristiques particulières d'une communauté donnée risquent d'être plus ou moins considérées, et cela au strict plan de la logique institutionnelle, indépendamment des personnes en cause. Plus l'implantation d'un centre relève de l'initiative de la communauté, plus il risque de refléter les aspects spécifiques de celle-ci.

Le tableau 3.6 reproduit les données relatives à l'instance créatrice selon la province. On constate qu'elle varie significativement selon la province (p=,001). De façon générale, et dans toutes les provinces sans exception, ce sont des instances privées qui sont les principales initiatrices des centres (62%). Cependant dans une proportion importante des cas, les instances publiques et privées se sont associées dans la décision de créer les centres (24%).

Parmi les instances publiques initiatrices, les

Tableau 3.6

Instance créatrice selon la province

Province	Publique %	Publique (n)	Privée %	Privée (n)	Publique et privée %	Publique et privée (n)	Total %	Total N
Terre-Neuve	12	(2)	75	(12)	13	(2)	4	(16)
Nouvelle-Écosse	—	(0)	68	(23)	32	(11)	9	(34)
Île-du-Prince-Édouard	—	(0)	40	(4)	60	(6)	3	(10)
Nouveau-Brunswick	12	(5)	63	(27)	26	(11)	12	(43)
Québec	25	(15)	60	(36)	15	(9)	16	(60)
Ontario	16	(8)	59	(29)	25	(12)	13	(49)
Manitoba	5	(2)	59	(24)	36	(15)	11	(41)
Saskatchewan	27	(12)	46	(20)	27	(12)	12	(44)
Alberta	9	(3)	70	(23)	21	(7)	19	(33)
Colombie-Britannique	11	(4)	78	(29)	11	(4)	10	(37)
Total	**14**	**(51)**	**62**	**(227)**	**24**	**(89)**	**100**	**(367)**

p=,001, V de Cramer=,24

gouvernements provinciaux sont plus actifs et plus significatifs que les autres niveaux de gouvernement. Quant aux instances privées, l'action des particuliers semble plus déterminante que celle des associations volontaires: 32% des centres ont été créés grâce à l'initiative de particuliers et 19% grâce à celle d'associations volontaires.

C'est au Québec (25%) et en Saskatchewan (27%), que l'action du gouvernement provincial apparaît la plus déterminante dans la création des centres communautaires, ce qui reflète pour le Québec le phénomène des CLSC et pour la Saskatchewan le programme communautaire, mais public, de soins à domicile.

Tableau 3.7

Instances créatrices selon le statut

Instances créatrices	Statut des centres: Public %	Public n	Privé %	Privé n	Total %	Total N
Publique	69	(35)	31	(16)	14	(51)
Privée	3	(6)	97	(220)	62	(226)
Publique et privée	20	(18)	80	(71)	24	(89)
Total	**16**	**(59)**	**84**	**(307)**	**100**	**(366)**

p=,000, V de Cramer=,60

Le statut des centres varie de façon significative selon l'instance créatrice (p=,000). Comme on pouvait s'y attendre, les instances créatrices publiques sont majoritairement à l'origine des centres publics (69%), alors que les centres privés ont presque exclusivement été créés par des instances privées (97%).

Le type d'instance créatrice a une influence sur la définition de la stratégie d'approche auprès des communautés selon le tableau 3.8 (p=,000). Les centres dont les instances créatrices sont publiques desservent majoritairement une population-cible définie selon le paramètre territorial (75%), alors que les centres créés par des instances privées desservent surtout des

Tableau 3.8

Instances créatrices selon la population-cible

Instances créatrices	Totale %	Totale (n)	Spécifique %	Spécifique (n)	Total %	Total (N)
Publiques	75	(38)	25	(13)	14	(51)
Privées	37	(85)	63	(143)	62	(228)
Publiques et privées	51	(45)	49	(43)	24	(88)
Total	**46**	**(168)**	**54**	**(199)**	**100**	**(367)**

p=,000, V de Cramer=,26

populations spécifiques (63%).

La nature du territoire où le centre est implanté varie aussi significativement selon l'instance créatrice (p=,006). On constate au tableau 3.9 que l'implication des instances

Tableau 3.9

Instances créatrices selon le territoire

	Territoire							
	Urbain		Rural		Autres (semi-urbain, mixte)		Total	
Instances créatrices	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(N)
Publiques	35	(18)	26	(13)	39	(20)	14	(51)
Privées	62	(139)	12	(27)	26	(57)	61	(223)
Publiques et privées	53	(47)	20	(18)	27	(24)	25	(89)
Total	**56**	**(204)**	**16**	**(58)**	**28**	**(101)**	**100**	**(363)**

p=,006, V de Cramer=,14

publiques est plus importante que celle des instances privées dans la création de centres en milieu rural (26% versus 12%), alors que les instances privées agissent plus systématiquement en milieu urbain (62% versus 35%).

La nature des services offerts est associée significativement à l'instance créatrice selon le tableau 3.10 (p=,000). On y observe que 58% des centres créés par des instances publiques offrent des services intégrés (santé et social), alors que 33% des centres créés par des instances privées offrent des services selon ce modèle. Ces dernières ont plutôt eu tendance à développer des services sociaux (61%).

Tableau 3.10

Nature des services offerts selon les instances créatrices

	De santé		Sociaux		Intégrés		Total	
Instances créatrices	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(N)
Publiques	20	(10)	22	(11)	58	(29)	14	(50)
Privées	7	(15)	61	(138)	33	(74)	62	(227)
Publiques et privées	12	(11)	46	(41)	42	(37)	24	(89)
Total	10	(36)	52	(190)	38	(140)	100	(366)

p=,000, V de Cramer=,20

Bref, au niveau des instances créatrices, il semble que c'est l'action du privé qui est la plus déterminante. Lorsque les instances publiques interviennent, ce sont les provinces qui le font majoritairement. Les instances créatrices exercent une influence assez déterminante sur les principales caractéristiques des centres à l'étude.

Le statut public ou privé des centres

Le statut public ou privé des centres est une donnée importante pour la compréhension des centres communautaires et la définition de leurs orientations. Afin d'identifier le statut du centre, la question posée était la suivante : Quel est le statut légal du centre, comme précisé dans la charte? (ex : privé à but non lucratif, public, etc.).

Au tableau 3.11, on observe que le statut des centres varie significativement selon la province (p=,02), même si les centres

Tableau 3.11

Statut des centres selon la province

Province	Public %	Public (n)	Privé à but non lucratif %	Privé à but non lucratif (n)	Total %	Total (N)
Terre-Neuve	19	(3)	81	(13)	4	(16)
Nouvelle-Écosse	18	(6)	2	(28)	9	(34)
Île-du-Prince-Édouard	—	(0)	100	(10)	3	(10)
Nouveau-Brunswick	16	(7)	84	(36)	12	(43)
Québec	30	(18)	70	(42)	16	(60)
Ontario	12	(6)	88	(43)	13	(49)
Manitoba	8	(3)	92	(36)	11	(39)
Saskatchewan	25	(11)	75	(33)	12	(44)
Alberta	9	(3)	91	(30)	9	(33)
Colombie-Britannique	5	(2)	95	(35)	10	(37)
Total	**16**	**(59)**	**84**	**(306)**	**100**	**(365)**

p=,02, V de Cramer=,23

que nous avons observés sont très majoritairement de nature privée à but non lucratif (84%).

C'est au Québec et en Saskatchewan que le phénomène des centres communautaires à caractère public apparaît le plus important. Dans quatre provinces : la Colombie-Britanique, le Manitoba, l'Alberta et l'Ontario, le pourcentage de centres à caractère privé est plus élevé que la moyenne générale. En Colombie-Britannique, le taux atteint même 95%, ce qui semble refléter les orientations du gouvernement

Tableau 3.12

Statut des centres selon la région

Région	Public %	Public (n)	Privé à but non lucratif %	Privé à but non lucratif (n)	Total %	Total (N)
Atlantique	15	(16)	85	(87)	28	(103)
Québec	30	(18)	70	(42)	16	(60)
Ontario	12	(6)	88	(43)	13	(49)
Ouest	2	(19)	88	(134)	42	(153)
Total	**16**	**(59)**	**84**	**(306)**	**100**	**(365)**

p=,01, V de Cramer=,17

Tableau 3.13

Statut des centres selon la population-cible

Statut des centres	Totale %	Totale (n)	Spécifique %	Spécifique (n)	Total %	Total (N)
Public	83	(49)	17	(10)	16	(59)
Privé à but non lucratif	39	(119)	61	(187)	84	(306)
Total	**46**	**(168)**	**54**	**(197)**	**100**	**(365)**

p=,000, Phi* =,32

*Phi: Mesure de force de la relation pour les tableaux de deux rangées et de deux colonnes.

depuis le début de la présente décennie.

Le statut des centres varie aussi significativement selon la région (p=,01); le Québec apparaît le plus résolument public, même si le nombre de centres privés participant à l'étude y est plus élevé, comme partout ailleurs (tableau 3.12).

Le statut des centres influence la façon de définir l'approche auprès des communautés à desservir. Ainsi, il y a une association entre le caractère public du centre et l'approche territoriale, alors que les centres privés favorisent une approche par groupes-cibles spécifiques (p=,000) (tableau 3.13).

Nous avons déjà noté que les centres à l'étude sont peu implantés en milieu rural (p=,000). Cependant, on trouve plus de centres publics que de centres privés en territoire rural (31% versus 13%). Les centres privés à but non lucratif sont implantés en milieu urbain (62%) plus fréquemment que les centres publics (27%) (tableau 3.14). On observe aussi que,

Tableau 3.14

Statut des centres selon le territoire

	Territoire							
	Urbain		Rural		Autres (Semi-urbain, mixte)		Total	
Statut	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	N
Public	27	(16)	31	(18)	42	(25)	16	(59)
Privé	62	(186)	13	(40)	25	(76)	84	(302)
Total	**56**	**(202)**	**16**	**(58)**	**28**	**(101)**	**100**	**(361)**

p=,000, V de Cramer=,26

indépendamment du nombre d'années d'existence, les centres privés à but non lucratif desservent majoritairement une population urbaine. Quant aux centres publics, le nombre d'années d'existence semble influencer leur ouverture au milieu rural; les centres publics créés au cours des 20 dernières années présentent une plus grande ouverture que les centres privés aux populations rurales et à celles résidant en milieu mixte (tableau non inclus).

En résumé, les centres qui offrent des services à l'ensemble de la population d'un territoire sont en général plus anciens, ils ont le plus souvent un statut public, ils sont plus présents en milieu rural et ils s'adressent plus fréquemment à des populations hétérogènes sur le plan ethnique (tableau non inclus). Les centres communautaires publics ont la plupart du temps été créés par des instances publiques provinciales,

Tableau 3.15

Statut des centres selon la nature des services

	De santé		Sociaux		Intégrés		Total	
Statut des centres	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	N
Public	24	(14)	14	(8)	62	(36)	16	(58)
Privé à but non lucratif	7	(22)	60	(182)	33	(102)	84	(306)
Total	10	(36)	52	(190)	38	(138)	100	(364)

p=,000, V de Cramer=,35

alors que les organismes communautaires privés découlent de l'initiative d'instances privées, qu'il s'agisse de particuliers ou d'associations volontaires.

Sur le plan de la nature des services offerts dans les centres publics, la tendance est à l'intégration des services de santé et des services sociaux, alors que dans les organismes privés, la dominante est nettement l'intervention sociale (tableau 3.15).

La nature des services (de santé, sociaux, intégrés) varie en effet significativement selon le statut public ou privé des centres (p=,000). Au tableau 3.15, on observe que les organismes privés à but non lucratif offrent surtout des services sociaux (60%), alors que les organismes publics fonctionnent principalement selon un modèle intégré (62%). Par ailleurs,

Tableau 3.16

Intégration des services selon le statut des centres

Statut des centres	Non intégrés %	(n)	Intégrés %	(n)	Total %	N
Public	38	(22)	62	(36)	16	(58)
Privé à but non lucratif	67	(204)	33	(102)	84	(306)
Total	62	(226)	38	(138)	100	(364)

p=,000, Phi=,22

24% des centres publics offrent des services de santé alors que seulement 7% des organismes privés offrent ces services.

Si on regroupe la nature des services offerts en deux catégories selon qu'ils sont intégrés ou non, on observe que l'intégration des services varie significativement selon le statut public ou privé des centres (p=,000) (tableau 3.16).

La majorité des répondants fonctionne selon des approches où les services sont non intégrés (62%). Cependant, les organismes publics adoptent majoritairement un modèle de services intégrés (62%) alors que les organismes privés ont principalement des approches où les services de santé et les services sociaux ne sont pas intégrés (33%).

En bref, en ce qui concerne le statut des centres, on observe que les organismes publics se distinguent des organismes privés à but non lucratif à plusieurs points de vue. Là où ils existent, les centres publics ont plutôt tendance à adopter une approche territoriale; ils rejoignent de façon plus importante les milieux ruraux; ils favorisent généralement une approche d'intégration des services.

Communauté territoriale ou communauté d'intérêts

Les centres communautaires de santé et de services sociaux peuvent définir leur mission de services soit en fonction de l'ensemble de la population d'un territoire, soit en fonction de groupes plus spécifiques, tels les jeunes, les femmes ou les personnes handicapées. Pour connaître la stratégie des centres à ce niveau, nous avons posé la question suivante :

Le centre s'adresse-t-il à l'ensemble de la population d'un territoire ou à un (des) groupe(s) spécifique(s)? (N'indiquez qu'une seule réponse.)

Tableau 3.17

Population-cible selon la province

Province	Totale %	Totale (n)	Spécifique %	Spécifique (n)	Total %	Total N
Terre-Neuve	19	(3)	81	(13)	4	(16)
Nouvelle-Écosse	35	(12)	65	(22)	9	(34)
Île-du-Prince-Édouard	10	(1)	90	(9)	3	(10)
Nouveau-Brunswick	56	(24)	44	(19)	12	(43)
Québec	38	(23)	62	(37)	16	(60)
Ontario	59	(29)	41	(20)	13	(49)
Manitoba	44	(18)	56	(23)	11	(41)
Saskatchewan	63	(27)	37	(16)	12	(43)
Alberta	39	(13)	61	(20)	9	(33)
Colombie-Britannique	49	(18)	51	(19)	10	(37)
Total	**46**	**(168)**	**54**	**(198)**	**100**	**(366)**

p=,005, V de Cramer=,25

Le type de population-cible des centres varie de façon significative selon la province (p=,005). La majorité des centres à l'étude offrent des services à des populations spécifiques (54%). Cependant, dans certaines provinces, l'approche territoriale est plus fréquente, notamment en Saskatchewan, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (tableau 3.17).

Les populations-cibles varient significativement aussi selon le degré d'homogénéité de la population à desservir (p=,007). Au tableau 3.18, on observe une association de l'approche territoriale avec des populations plus hétérogènes sur le plan

Tableau 3.18

Caractéristiques ethniques selon la population-cible

Caractéristiques ethniques	Totale %	Totale (n)	Spécifique %	Spécifique (n)	Total %	Total N
Population homogène	40	(70)	54	(94)	47	(164)
Population hétérogène	60	(107)	46	(79)	53	(186)
Total	**51**	**(177)**	**49**	**(173)**	**100**	**(350)**

p=,007, Phi=,15

ethnique (60% versus 40% pour les communautés plus homogènes). Par ailleurs, l'approche visant une population spécifique serait plus fréquente dans les milieux où la population est plus homogène (54% versus 46%).

La nature des services offerts varie significativement encore selon les populations-cibles identifiées (p=,000) (tableau 3.19). Les services offerts à l'ensemble de la population d'un territoire sont généralement des services de santé (69%) ou des services sociaux et de santé intégrés (54%), alors que les

Tableau 3.19

Population-cible et nature des service offerts

	Nature des Services							
	De santé		Sociaux		Intégrés		Total	
Population-cible	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	N
Totale	69	(25)	36	(68)	54	(75)	46	(168)
Spécifique	31	(11)	64	(121)	46	(65)	54	(197)
Total	10	(36)	52	(189)	38	(140)	100	(365)

p=,000, V de Cramer=,23

services destinés à des populations spécifiques (présentant des caractéristiques particulières ou partageant une problématique commune) sont plus fréquemment sociaux (64%).

Si la nature des services est regroupée en deux catégories, les services intégrés et les services non intégrés, l'association persiste entre la nature des services et la population-cible (p=,02). Lorsqu'on offre des services à la population totale, ceux-ci sont généralement intégrés, alors que les services de santé et les services sociaux, pris séparément (particulièrement les services sociaux), sont plus fréquemment offerts à des populations spécifiques.

Caractéristiques des territoires où sont implantés les centres

La question posée pour vérifier la nature du territoire desservi était la suivante :

Le centre dessert-il une population vivant en milieu urbain, semi-urbain ou rural? Pour les raisons mentionnées

précédemment, nous ne retiendrons, aux fins de l'analyse, que les catégories *milieu urbain* et *milieu rural*. En raison de l'absence d'une définition précise des concepts dans le questionnaire, ces données sont présentées sous toutes réserves. Les types de milieu où vivent les populations desservies varient significativement selon la province (p=,04). On constate au tableau 3.20 que les centres étudiés desservent majoritairement une population urbaine (56%) et une assez faible proportion dessert une population exclusivement rurale (16%).

Tableau 3.20

Territoire de la population desservie selon la province

	Urbain		Rural		Autres		Total	
Province	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	N
Terre-Neuve	57	(8)	21	(3)	22	(3)	4	(14)
Nouvelle-Écosse	50	(16)	22	(7)	28	(9)	9	(32)
Île-du-Prince-Édouard	70	(7)	—	(0)	30	(3)	3	(10)
Nouveau-Brunswick	42	(18)	26	(11)	32	(14)	12	(43)
Québec	58	(35)	12	(7)	30	(18)	17	(60)
Ontario	67	(32)	2	(1)	31	(15)	13	(48)
Manitoba	73	(30)	20	(8)	7	(3)	11	(41)
Saskatchewan	46	(20)	20	(9)	34	(15)	12	(44)
Alberta	64	(21)	18	(6)	18	(6)	9	(33)
Colombie-Britannique	46	(17)	16	(6)	38	(14)	10	(37)
Total	56	(204)	16	(58)	28	(100)	100	(362)

p=,04, V de Cramer=,20

Homogénéité et hétérogénéité des populations desservies

Afin de connaître le degré d'homogénéité ethnique de la population, nous avons posé la question suivante :

Sur le plan des ethnies, la population est-elle plutôt homogène ou hétérogène (deux ou trois groupes ethniques relativement importants)? Il existe une variation significative à ce niveau selon les provinces (p=,000) (tableau 3.21).

On constate que l'homogénéité ethnique des populations desservies est plus grande dans cinq provinces de l'Est— Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick et Québec — alors qu'elle est plus faible en Ontario et dans les quatre provinces de l'Ouest, ce qui

semble refléter les caractéristiques ethniques générales des provinces du Canada.

La majorité des centres de la Colombie-Britannique (78%) desservent une population hétérogène, alors que seulement 11% des centres de l'Île-du-Prince-Édouard présentent cette caractéristique.

Tableau 3.21

Caractéristiques ethniques selon la province

	POPULATION					
	HOMOGÈNE		HÉTÉROGÈNE		TOTAL	
Province	%	(n)	%	(n)	%	N
Terre-Neuve	71	(10)	29	(4)	4	(14)
Nouvelle-Écosse	56	(18)	44	(14)	9	(32)
Île-du-Prince-Édouard	89	(8)	11	(1)	3	(9)
Nouveau-Brunswick	64	(25)	36	(14)	12	(39)
Québec	85	(50)	15	(9)	17	(59)
Ontario	40	(18)	60	(27)	13	(45)
Manitoba	33	(13)	67	(26)	11	(39)
Saskatchewan	35	(15)	65	(28)	12	(43)
Alberta	36	(12)	64	(21)	9	(33)
Colombie-Britannique	22	(8)	78	(29)	10	(37)
Total	51	(177)	49	(173)	100	(350)

p=,000, V de Cramer=,43

Nature des services offerts

Pour connaître la nature des services offerts, nous avons formulé la question suivante :

Quels sont les principaux services rendus par le centre?

- Services de santé seulement
- Services sociaux seulement
- Services de santé et sociaux
- Autre(s), précisez...

Aux fins de l'analyse, la nature des services a aussi été regroupée en deux catégories: services intégrés (sociaux et de santé) et services non intégrés (sociaux ou de santé).

La nature des services offerts varie significativement (p=,002) selon la province (tableau 3.22). On a aussi observé une différence significative (p = ,01) selon la province lorsque

Tableau 3.22

Nature des services offerts selon la province

Province	De santé %	Sociaux %	Intégrés %	Total N
Terre-Neuve	6	38	56	(16)
Nouvelle-Écosse	6	62	32	(34)
Île-du-Prince-Édouard	—	70	30	(10)
Nouveau-Brunswick	14	60	26	(42)
Québec	5	43	52	(60)
Ontario	16	53	31	(49)
Manitoba	—	58	42	(40)
Saskatchewan	16	29	55	(44)
Alberta	21	52	27	(33)
Colombie-Britannique	5	70	24	(37)

p = ,002, V de Cramer = ,23

les services sont regroupés selon la dimension services intégrés versus services non intégrés.

La nature des services varie significativement selon plusieurs caractéristiques des centres, ainsi que nous l'avons observé au cours de ce chapitre. Nous ne reproduirons pas ici ces associations, il suffit de rappeler que la nature des services est associée à l'instance créatrice (p=,000), au statut public ou privé des centres (p=,000) et à la population-cible identifiée par un centre (p=,000).

Conclusion

En ce qui concerne les caractéristiques générales des centres étudiés, on peut souligner les observations suivantes :

- *les centres étudiés sont relativement jeunes;*
- *leur création est principalement due à l'initiative privée, et particulièrement à l'action de citoyens agissant à titre particulier;*
- *ils ont un statut privé à but non lucratif;*
- *ils desservent une population spécifique dans 54% des cas;*
- *ils desservent majoritairement des populations urbaines (56%);*

- *les services offerts sont des services sociaux pour 52% des répondants.*

Les analyses effectuées sur les dimensions présentées précédemment ont permis de mettre en évidence un certain nombre d'associations significatives:

- *les centres présentent un profil différent selon la province ou la région à laquelle ils appartiennent; deux caractéristiques principales varient selon la province : l'ancienneté (p=,000) et l'instance créatrice (p=,002). La province est l'un des principaux déterminants des caractéristiques des centres étudiés;*
- *les centres qui offrent des services à une population spécifique sont plus récents; ils sont principalement privés à but non lucratif et ils desservent une population résidant en milieu urbain. Ils s'adressent surtout à des populations homogènes sur le plan ethnique. De plus, les services offerts à des populations spécifiques sont surtout sociaux et les services offerts à l'ensemble d'une population territoriale sont plus souvent intégrés;*
- *les centres publics et ceux dont les instances créatrices sont publiques offrent en majorité des services intégrés à l'ensemble d'une population territoriale, et desservent, plus souvent que les centres privés, une population vivant en milieu rural.*

Chapitre 4

LES SERVICES

Dans le chapitre précédent, le concept *nature des services* fut utilisé pour désigner le champ d'intervention des centres à l'étude : services de santé ou services sociaux.

Le présent chapitre porte sur le type de services offerts par les centres. Les services qu'un organisme offre à la population constituent sa principale source d'identification aux besoins de la communauté; ils sont le produit de l'ensemble des ressources investies dans le centre. Il est donc de toute première importance de les étudier pour bien comprendre la fonction des centres communautaires au sein de la communauté.

Les types de services

Pour poursuivre l'investigation au niveau des services offerts, nous avons posé une question relative aux types de services:

Parmi les activités ou les services suivants, lesquels avez-vous offerts au cours des derniers mois (aux usagers, aux groupes d'usagers et à la population de la communauté):

- information et référence relativement aux lois et aux services de santé et services sociaux;
- éducation à la santé (groupes de sensibilisation, campagnes publiques, etc.);
- organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique visant des changements sociaux;

- prévention primaire (ex.: cours prénatals, cours de parents efficaces, groupes de croissance personnelle, immunisation, etc.);
- participation à des coalitions, des groupes de pression, des mouvements visant des changements de législation ou de politique dans les domaines social ou de la santé;
- mise sur pied de groupes communautaires et soutien aux groupes en place visant l'amélioration des conditions de l'environnement (ex.: foyer d'hébergement pour femmes battues, salubrité des logements, association de locataires, etc.);
- mise sur pied de groupes d'entraide sur le plan social ou de la santé;
- travail de rue, dépistage ("outreach");
- urgences mineures dans le domaine des services de santé;
- services psychosociaux en situation de crise;
- consultations psychosociales;
- services courants de diagnostic, traitement et suivi donnés par des omnipraticiens;
- services de réinsertion sociale;
- services médicaux spécialisés ou ultra-spécialisés;
- services ou soins à domicile;
- prêts de locaux ou d'équipements à des groupes pour des activités communautaires;
- prêts de personnel(s);
- autre(s) (précisez).

Cette question est factuelle et fait référence aux services effectivement rendus au cours d'une période déterminée.

L'étude du type de services offerts et de leur gamme revêt une grande importance. En effet, les réponses aux besoins communautaires devraient se traduire par une large gamme de services incluant à la fois les dimensions du curatif et du préventif, de l'individuel et du collectif, de la personne et des structures. Comme la plupart des centres communautaires sont de taille modeste, on ne peut s'attendre à ce qu'ils offrent tous l'ensemble de ces services.

Tableau 4.1

Les services disponibles

Types de services	%	N(1)
Information et référence	86	316
Éducation à la santé	65	238
Organisation ou participation à des campagnes	49	181
Prévention primaire	67	245
Participation à des coalitions	56	204
Mise sur pied de groupes communautaires	62	228
Mise sur pied de groupes d'entraide	58	214
Travail de rue, dépistage	54	196
Urgences mineures en santé	27	100
Services psychosociaux	61	224
Consultations psychosociales	56	204
Services de diagnostic	29	107
Services de réinsertion sociale	53	192
Services médicaux spécialisés	8	29
Services et soins à domicile	37	137
Prêts de locaux	50	184
Prêts de personnel	31	113
Autres services	8	28

(1) N = 366

Au tableau 4.1, on peut observer que toute la gamme des services identifiés est offerte par une proportion significative des centres à l'étude.

Il n'y a qu'une exception, soit celle des services médicaux spécialisés qui ne sont offerts que par 8% des répondants. Dans la catégorie "autres services", identifiés par 8% des centres, on retrouve les services suivants : dépannage d'urgence (vêtements, nourriture et logement), alcoolisme/toxicomanie, droits de la personne et aide pour contestations judiciaires, environnement, garderies, enfants abusés, immigrants, maintien à domicile, chômage, prostitution, développement économique du milieu, services d'accompagnement, et camps familiaux.

Les services les plus fréquemment offerts sont, par ordre d'importance :

- les services d'information et de référence;
- les services de prévention primaire;
- les services d'éducation à la santé;
- la mise sur pied de groupes communautaires;
- les services psychosociaux;
- la mise sur pied de groupes d'entraide.

L'ensemble des services identifiés et la très forte proportion des centres impliqués au niveau de certains types de services permettent d'affirmer que les centres à l'étude offrent un large éventail de services et qu'ils ne se cantonnent pas à l'intervention curative individuelle.

Synthèse

Une analyse factorielle en vue d'examiner comment se regroupent les centres par rapport aux types de services offerts a permis d'identifier cinq principaux facteurs expliquant 51,8% de la variance (voir tableau 4.2). Nous les interprétons de la façon suivante:

Action sociale (20,5 de la variance)

Le premier facteur est constitué des services qui impliquent une action dans et avec le milieu. Les quatre services qui ont en effet le poids le plus important peuvent être qualifiés de services d'action sociale. Le dernier point "information et référence" contribue moins fortement à ce facteur, mais il peut être considéré comme un pré-requis à des services d'action sociale.

Promotion de la santé (10,7 de la variance)

Le second facteur est constitué de variables qui ne sont pas curatives, mais qui représentent plutôt des pré-requis à l'intervention: "prêts de locaux" et "prêts de personnel" étant les deux variables ayant le poids le plus important dans la définition de ce facteur. On peut considérer que l'éducation à la santé et la prévention primaire sont des activités de promotion de la santé et qu'elles devraient précéder des interventions de nature curative ou préventive de niveau secondaire ou tertiaire.

Intervention de type médical (7,5% de la variance)

Le troisième facteur est nettement constitué de variables associées à l'action curative des services de santé.

Intervention psychosociale (7,2% de la variance)

Le quatrième facteur regroupe des variables associées aux fonctions plus traditionnelles des services sociaux.

Services dans le milieu (6,0% de la variance)

Le cinquième facteur ne comprend que deux variables et est plus difficile à interpréter. Il présente une particularité intéressante : la variable "services et soins à domicile" contribue fortement à sa composition alors que la variable "travail de rue et dépistage" y contribue négativement. Différentes hypothèses pourraient être mises de l'avant pour expliquer une telle configuration. Notons d'abord un élément commun aux deux variables: ces services sont offerts dans le milieu de la clientèle, soit à la résidence, soit dans la rue, mais hors des murs du centre. Cependant, ces services se distinguent au niveau de leur organisation. Les services à domicile requièrent une organisation détaillée et planifiée dans le temps; ils sont fournis à des personnes bien précises, à des moments identifiés de la semaine et le personnel qui offre ces services doit adopter un horaire très structuré. Au contraire, les intervenants qui font du travail de rue n'ont pas de clientèle individuellement identifiée; ils effectuent leur travail dans les divers milieux fréquentés par leur clientèle-cible selon des horaires très variables, puisqu'ils doivent la rejoindre là où elle est et au moment le plus opportun.

Une analyse factorielle, où une limite de quatre facteurs était imposée, a confirmé l'incidence des quatre premiers facteurs identifiés soit : les services d'action sociale, les services de promotion de la santé, les services médicaux et les services psychosociaux. Les "soins et services à domicile" et le "travail de rue" ne sont que faiblement associés à l'un ou l'autre des quatre principaux facteurs.

Nous avons isolé les centres qui offrent l'ensemble des

services regroupés sous chaque facteur, pour les comparer aux centres qui n'offrent pas tous les services d'un facteur en particulier. Les résultats suivants ont été obtenus :

- 37% des centres ont tous les services du facteur I (action sociale, organisation communautaire), alors que 63% n'offrent pas toute la gamme de ces services;
- dans 10% des centres on trouve tous les services du facteur II (promotion de la santé et prérequis à l'intervention), alors que 90% des centres n'affichent pas toute la gamme de ces services;
- 6% des centres offrent tous les services du facteur III (services d'intervention médicale), alors que 94% n'ont pas certains services;
- 28% des centres dispensent tous les services du facteur IV (services d'intervention psychosociale), alors que 72% n'offrent pas toute la gamme de ces services.

Il ne faut pas oublier que, même si les centres offrent tous

Tableau 4.2

Analyse factorielle des services offerts par les organismes communautaires

Facteurs	Services	Loading
Action sociale	1. Participation à des coalitions	,798
	2. Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	,761
	3.Mise sur pied de groupes communautaires	,615
	4. Mise sur pied de groupes d'entraide	,436
	5. Information et référence	,405
Promotion de la santé	1. Prêts de locaux	,694
	2. Prêts de personnel	,686
	3. Prévention primaire	,624
	4. Éducation à la santé	,344
Intervention médicale	1. Services médicaux spécialisés	,726
	2. Urgences mineures en santé	,679
	3. Services de diagnostic	,665
Intervention psychosociale	1. Services psychosociaux	,776
	2. Consultations psychosociales	,702
	3. Réinsertion sociale	,676
Services dans le milieu	1.Services et soins à domicile	,718
	2. Travail de rue, dépistage	-,663

les services d'un même facteur, ils ne se limitent pas nécessairement à ces services et ils peuvent aussi en dispenser d'autres.

Services d'action sociale (facteur I)

Les centres qui regroupent au moins les services d'action sociale ont été croisés avec ceux qui n'offrent pas l'ensemble de ces services selon la province, le statut et la nature des services pour lesquels une association significative fut notée (tableaux 4.3, 4.4, 4.5).

La plus faible concentration de centres offrant l'ensemble des services d'action sociale se trouve au Nouveau-Brunswick (15,4%) et la plus forte se situe à Terre-Neuve (56,3%). Dans deux autres provinces, l'Ontario et la Colombie-Britannique, les centres de ce type excèdent 50% de l'ensemble des répondants.

Une proportion plus grande d'organismes privés à but non lucratif que d'organismes publics s'implique dans ce type de services (40% versus 20%).

Tableau 4.3

Services d'action sociale selon la province

	Centres qui offrent tous ces services		Centres qui n'offrent pas tous ces services		Centres répondants
	%	(n)	%	(n)	N
Terre-Neuve	56,3	(9)	43,7	(7)	(16)
Nouvelle-Écosse	41,9	(13)	58,1	(18)	(31)
Île-du-Prince-Édouard	37,5	(3)	62,5	(5)	(8)
Nouveau-Brunswick	15,4	(6)	84,6	(33)	(39)
Québec	44,4	(20)	55,6	(25)	(45)
Ontario	51,5	(17)	48,5	(16)	(33)
Manitoba	33,3	(13)	66,7	(26)	(39)
Saskatchewan	23,1	(9)	76,9	(30)	(39)
Alberta	25,0	(8)	75,0	(24)	(32)
Colombie-Britannique	51,4	(18)	48,6	(17)	(35)
Total					(317)

p=,005, V de Cramer=,27

Tableau 4.4

Services d'action sociale selon le statut

	Statut				
	Public		Privé à but non lucratif		Centres répondants
	%	(n)	%	(n)	(n)
Centres qui offrent tous ces services	20,3	(11)	40,4	(106)	(117)
Centres qui n'offrent pas tous ces services	79,7	(43)	59,6	(156)	(199)
Total	100	(54)	100	(262)	(316)

p=,009

Les centres communautaires de santé s'engagent peu dans les services d'action sociale (10%), alors que les centres de services sociaux (38,7%) et les centres fonctionnant selon une approche intégrée (40,5%) le font plus.

Tableau 4.5

Services d'action sociale selon la nature des services

	Nature des services						
	De santé		Sociaux		Intégrés		Centres répondants
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	(n)
Centres qui offrent tous ces services	10	(3)	38,5	(60)	40,5	(53)	(116)
Centres qui n'offrent pas tous ces services	90	(27)	61,5	(95)	59,5	(78)	(200)
Total	100	(30)	100	(155)	100	(131)	(316)

p=,006, V de Cramer=,18

Services de promotion de la santé (facteur II)

Le croisement des centres offrant toute la gamme des services regroupés sous le facteur II (promotion de la santé) avec différentes variables (province, statut, population-cible, nature des services) a permis d'observer des associations significatives (tableaux 4.6 à 4.9).

Tableau 4.6

Services de promotion de la santé selon la province

	Centres qui offrent tous ces services		Centres qui n'offrent pas tous ces services		Centres répondants
	%	(n)	%	(n)	(n)
Terre-Neuve	8	(1)	92	(13)	(14)
Nouvelle-Écosse	7	(2)	93	(28)	(30)
Île-du-Prince-Édouard	0	(0)	100	(8)	(8)
Nouveau-Brunswick	5	(2)	95	(36)	(38)
Québec	25	(10)	75	(30)	(40)
Ontario	27	(10)	73	(27)	(37)
Manitoba	8	(3)	92	(34)	(37)
Saskatchewan	0	(0)	100	(40)	(40)
Alberta	7	(2)	93	(28)	(30)
Colombie-Britannique	3	(1)	97	(31)	(32)
Total	10,1	(31)	89,9	(275)	(306)

p=,0004, V de Cramer=,32

Ce qui ressort ici c'est le petit nombre de centres qui offrent tous les services de ce type. Il n'y aurait qu'au Québec et en Ontario où la proportion des centres étudiés offrant des services regroupés sous ce facteur serait relativement importante.

Les organismes communautaires publics dispensent des services regroupés sous le facteur II plus fréquemment que les centres privés à but non lucratif (tableau 4.7).

Tableau 4.7

Services de promotion de la santé selon le statut des centres

	Centres qui offrent tous ces services		Centres qui n'offrent pas tous ces services		Centres répondants	
	%	(n)	%	(n)	%	N
Organismes publics	24,5	(13)	75,5	(40)	17,4	(53)
Organismes privés à but non lucratif	7,1	(18)	92,9	(234)	89,8	(274)
Total	17,4	(31)	82,6	(274)	100	(305)

p = ,0004, Phi = ,22

Les centres qui s'adressent à l'ensemble de la population d'un territoire sont plus fortement associés aux services regroupés sous le facteur II (p=,0005) que ceux qui limitent leurs services à des populations spécifiques (tableau 4.8).

Tableau 4.8

Services de promotion de la santé selon la population-cible

Population-cible	Centres qui offrent tous ces services %	(n)	Centres qui n'offrent pas tous ces services %	(n)	Centres répondants %	N
Ensemble de la population d'un territoire	16,6	(25)	83,4	(126)	49,3	(151)
Population spécifique	3,9	(6)	96,1	(149)	50,7	(155)
Total	**10,1**	**(31)**	**89,9**	**(275)**	**100**	**(306)**

p=,005, Phi=,21

Les centres qui fonctionnent selon un modèle d'intégration des services sociaux et de santé offrent des services reliés au facteur II de façon plus importante que ceux qui dispensent exclusivement des services sociaux ou des services de santé (tableau 4.9).

Tableau 4.9

Services de promotion de la santé selon la nature des services

Nature des services	Centres qui offrent tous ces services %	(n)	Centres qui n'offrent pas tous ces services %	(n)	Centres répondants %	N
De santé	5,6	(2)	94,4	(34)	11,8	(36)
Sociaux	3,4	(5)	96,6	(142)	48,2	(147)
Intégrés	19,7	(24)	80,3	(98)	40,0	(122)
Total	**10,2**	**(31)**	**89,8**	**(274)**	**100**	**(305)**

p=,0000, V de Cramer=,26

Services médicaux (facteur III)

Seulement 17 centres offrent toute la gamme des services du facteur III, services que nous avons qualifiés de médicaux. Le croisement avec les principales variables structurantes n'a révélé que deux associations significatives.

Ces services se retrouvent dans peu de centres. Il s'agit surtout de centres qui offrent des services de santé et qui s'adressent à l'ensemble de la population d'un territoire (tableaux non inclus).

Services psychosociaux (facteur IV)

Les services regroupés sous ce facteur sont offerts dans 28% des centres à l'étude. La variation selon la province est significative à p=,01 (tableau 4.10).

Tableau 4.10

Services psychosociaux selon la province

	Centres qui offrent tous ces services		Centres qui n'offrent pas tous ces services		Centres répondants	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Terre-Neuve	33,3	(5)	66,7	(10)	5,2	(15)
Nouvelle-Écosse	31,0	(9)	69,0	(20)	10,1	(29)
Île-du-Prince-Édouard	16,7	(1)	83,3	(5)	2,1	(6)
Nouveau-Brunswick	5,4	(2)	94,6	(35)	12,8	(37)
Québec	34,2	(13)	65,8	(25)	13,2	(38)
Ontario	26,9	(7)	73,1	(19)	9,0	(26)
Manitoba	40,5	(15)	59,5	(22)	12,8	(37)
Saskatchewan	13,2	(5)	86,8	(33)	13,2	(38)
Alberta	32,3	(10)	67,7	(21)	10,8	(31)
Colombie-Britannique	41,9	(13)	58,1	(18)	10,8	(31)
Total	27,8	(80)	72,2	(208)	100	(288)

p=,01,V de Cramer=,27

Comme c'était prévisible, les services psychosociaux sont associés aux centres de services sociaux ou à ceux qui fonctionnent selon un modèle intégré (tableau 4.11).

Tableau 4.11

Services psychosociaux selon la nature des services offerts par les centres

Nature des services	Centres qui offrent tous ces services		Centres qui n'offrent pas tous ces services		Centres répondants	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
De santé	7,4	(2)	92,6	(25)	9,4	(27)
Sociaux	28,2	(40)	71,8	(102)	49,5	(142)
Intégrés	31,3	(37)	68,7	(81)	41,1	(118)
Total	27,5	(79)	72,5	(208)	100	(287)

p=,04,V de Cramer=,15

Les données dont nous avons rendu compte dans ce chapitre indiquent que les centres étudiés offrent une gamme plus étendue de services sociaux que de services de santé. Ce sont plutôt des services polyvalents de première ligne, de soutien, d'entraide, d'organisation communautaire et d'action sociale, que des services curatifs, spécialisés et institutionnels. Les centres privés à but non lucratif, dont la mission est d'offrir des services sociaux, s'engagent plus résolument dans les services d'organisation communautaire et d'action sociale que les centres dont le statut est public et qui livrent des services de santé.

Chapitre 5

LES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources humaines d'un organisme de services constituent l'un des principaux déterminants des services offerts, tant au plan de la pertinence que de la qualité. On peut attendre d'un centre communautaire qu'il embauche un personnel apte à pratiquer une intervention globale et formé à l'intervention collective. En outre, l'ouverture communautaire devrait se traduire par le recours à des personnels issus de la communauté (autodidactes compétents, bénévoles) et reflétant sa composition ethnique.

Le nombre de postes

On peut constater, au tableau 5.1, que le nombre de postes dans les centres est relativement restreint, ce qui en fait des organismes de taille modeste. Les 365 centres répondants ont identifié 8 943 postes rémunérés de toutes catégories, ce qui correspond à une moyenne de 24,5 postes par centre. La variance interprovinciale quant à cette moyenne est significative à 0,04. Dans trois provinces, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec, le nombre moyen de postes excède largement la moyenne de l'ensemble, alors que dans les quatre provinces de l'Atlantique et en Saskatchewan, le nombre moyen de postes est très inférieur à cette moyenne.

Tableau 5.1

Nombre total et moyenne des postes selon la province

Province	Nombre de centres	Nombre de postes	Moyenne
Terre-Neuve	16	137	8,6
Nouvelle-Écosse	34	521	15,3
Île-du-Prince-Édouard	10	63	6,3
Nouveau-Brunswick	42	705	16,7
Québec	60	1,786	29,8
Ontario	49	1,727	35,2
Manitoba	40	992	24,8
Saskatchewan	44	698	15,9
Alberta	33	843	25,5
Colombie-Britannique	37	1,471	39,8
Total	**365**	**1,943**	**24,5**

Le nombre moyen de postes dans les centres varie également (p = ,000) selon la nature des services offerts (tableau 5.2). Les centres qui offrent des services intégrés comptent généralement un plus grand nombre de postes que les centres dispensant exclusivement des services de santé ou des services sociaux. Quant à ceux qui offrent exclusivement des services sociaux, ils ont en moyenne le plus petit nombre de postes, et ce, dans toutes les provinces.

Tableau 5.2

Nombre et moyenne des postes selon la nature des services

Nature des services	Nombre de centres	Postes	
		N	(M)
De santé	36	1 008	(28,0)
Sociaux	190	2 800	(14,7)
Intégrés	139	5 135	(36,9)
Total	**365**	**8 943**	**(24,5)**
p=,000			

En ce qui concerne le statut, la différence entre les centres privés et publics est importante (p=,004) (tableau 5.3).

Tableau 5.3

Nombre et moyenne des postes selon le statut des centres

Statut des centres	Nombre de centres	Postes	
		N	(M)
Public	59	2 298	(38,9)
Privé à but non lucratif	306	6 589	(21,5)
Total	365	8 887	(24,3)
p=,004			

Les organismes publics comptent en moyenne 38,9 postes alors que les organismes privés à but non lucratif en ont 21,5. Une analyse plus détaillée des informations démontre cependant que dans certaines provinces, notamment à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick, en Ontario et au Manitoba, les organismes privés à but non lucratif comptent légèrement plus de personnel que les organismes publics.

Enfin, le nombre moyen de postes varie significativement (p=,000) selon que les centres offrent des services à l'ensemble de la population de leur territoire ou à des populations spécifiques (tableau 5.4).

Les centres qui disent desservir l'ensemble de la population de leur territoire comptent en effet une moyenne de 35,6 employés comparativement à 14,9 pour ceux qui s'adressent à des populations spécifiques. Cette observation ne surprend pas puisqu'on peut s'attendre à ce que les organismes qui desservent l'ensemble de la population d'un territoire, étant donné leur polyvalence, offrent une gamme de services plus étendue. En conséquence, ils devraient comprendre un plus grand nombre d'employés.

Tableau 5.4

Nombre et moyenne des postes selon la population-cible

Population-cible	Nombre de centres	Postes	
		N	(M)
Totale	168	5 989	35,6
Spécifique	198	2 954	14,9
Total	366	8 943	24,4
p = ,000			

En bref, le nombre de postes dans les centres étudiés varie significativement selon la province, la nature des services, le statut du centre et la population-cible. Généralement, les centres qui comptent le plus d'employés se retrouvent dans les provinces les plus populeuses et les plus urbanisées (Colombie-Britannique, Ontario, Québec); ils fonctionnent selon une approche intégrée, ils ont un statut public et ils s'adressent à l'ensemble de la population de leur territoire.

Types de personnel

Les centres communautaires emploient divers types de personnels rémunérés pour accomplir leur mission. La présente section analyse les catégories de personnel les plus importantes selon que ces centres offrent des services de santé, des services sociaux ou des services intégrés.

Les 36 centres qui ont une vocation exclusive de services de santé emploient principalement des infirmières (40%), des médecins (8%), ou d'autres professionnels de la santé (8%) (tableau 5.5). La présence de travailleurs communautaires ou sociaux est minime.

Tableau 5.5

Personnel dans les 36 centres communautaires de santé

Catégories	Postes N	(M)	%
Infirmières	406	11,3	40,2
Médecins	77	2,1	8
Autres professionnels de la santé	80	2,2	8
Techniciens de la santé	39	1,1	4
Autodidactes de la santé	32	0,9	3,2
Travailleurs communautaires	39	1,1	4
Travailleurs sociaux cliniciens	25	0,7	3
Personnel administratif et de soutien	165	4,6	16
Autres	145	4,0	14
Total	1 008	28	100

Les centres qui ont une vocation exclusive de services sociaux embauchent principalement diverses catégories d'intervenants sociaux ou de professionnels en sciences humaines (tableau 5.6).

Tableau 5.6

Personnel dans les 183 centres communautaires de services sociaux

Catégorie	Postes N	(M)	%
Travailleurs sociaux cliniciens (universitaires et techniciens)	465	2,5	16,8
Travailleurs communautaires (universitaires et techniciens)	355	2,0	12,9
Autres professionnels des sciences humaines	286	1,6	10,4
Autodidactes des services sociaux	571	3,1	20,7
Personnel de la santé (toutes catégories)	53	0,3	1,9
Personnel administratif et de soutien	557	3,0	20,2
Autres	473	2,6	17,1
Total	2 760	15,1	100

Les autodidactes représentent la plus forte proportion de toutes les catégories de personnel dans les centres communautaires de services sociaux. On remarque aussi que le personnel de la santé est un groupe marginal dans ces centres (1,9%).

Les centres qui intègrent les services de santé et les services sociaux ont un personnel plus diversifié et mieux équilibré que ceux qui ont une mission exclusive (tableau 5.7). On voit en effet que chaque type représente au moins 6% du personnel. Dans ces centres polyvalents, les infirmières représentent la catégorie d'intervenants la plus importante numériquement (16%), suivie des travailleurs communautaires (10%) et des travailleurs sociaux (9%).

Si on regroupe maintenant l'ensemble des postes d'intervention en deux catégories, les postes d'intervenants de la santé et ceux d'intervenants sociaux, on observe que le

Tableau 5.7

Personnel dans les 135 centres polyvalents de services communautaires

Catégorie	Postes N	(M)	%
Infirmières	766	5,7	15,6
Travailleurs communautaires (universitaires et techniciens)	477	3,5	9,7
Travailleurs sociaux cliniciens (universitaires et techniciens)	458	3,4	9,3
Autodidactes (santé ou social)	385	2,9	7,9
Médecins	274	2,0	5,6
Autres catégories (personnel de la santé)	406	3,0	8,3
Autres professionnels (sciences humaines)	329	2,4	6,7
Personnel administratif et de soutien	866	6,4	17,7
Autres catégories de personnel rémunéré	942	7,0	19,2
Total	4 903	36,3	100

nombre moyen de postes d'intervenants de la santé est légèrement inférieur à celui des postes du domaine social (6,7 versus 8,9) (tableau 5.8). Cependant certaines provinces font exception, notamment la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec et Terre-Neuve, où les effectifs de la santé sont proportionnellement un peu plus nombreux.

En examinant ces deux catégories de postes par rapport au statut des centres et à la nature des services, on peut identifier certaines relations significatives. Ainsi, le nombre moyen de postes du domaine de la santé est beaucoup plus important dans les centres publics que dans les centres privés à but non lucratif (18,1 versus 4,5) (p=,000). Par contre, dans le domaine social, cet écart entre les centres publics et les centres privés à but non lucratif est non significatif.

Le nombre moyen de postes à caractère médical et le nombre moyen de postes à caractère social varient significativement (p=,000 et p=,03) selon la nature des services offerts. Comme on pouvait s'y attendre, on trouve plus de postes du

Tableau 5.8

Total et moyenne des postes des domaines de la santé et des services sociaux selon la province

Province	Services de santé N	(M)	Services sociaux N	(M)	Total N	(M)
Terre-Neuve	55	3,4	45	2,8	100	6,3
Nouvelle-Écosse	101	2,9	293	8,6	394	11,6
Île-du-Prince-Édouard	18	1,8	31	3,1	49	4,9
Nouveau-Brunswick	208	4,8	372	8,6	580	13,5
Québec	555	9,2	469	7,8	1 024	17,1
Ontario	608	12,4	515	10,5	1 123	22,9
Manitoba	159	4,1	517	13,2	732	18,8
Saskatchewan	290	6,5	113	2,6	403	9,2
Alberta	271	8,2	388	11,7	659	19,9
Colombie-Britannique	175	4,7	526	14,2	701	18,9
Total	2 440	6,7	3 269	8,9	5 709	15,6

Variance interprovinciale des postes du domaine de la santé : non significative
Variance interprovinciale des postes du domaine des services sociaux : (p=,03)

domaine de la santé dans les centres offrant des services de santé et plus de postes du domaine social dans les centres offrant des services sociaux. Dans les organismes qui distribuent des services intégrés, le nombre moyen de postes pour chaque secteur (santé, social) est à peu près équivalent (12,8 versus 10,3).

Les centres communautaires étudiés consacrent la plus grande proportion de leurs ressources humaines rémunérées à l'intervention. Ils se dotent d'un encadrement administratif et de soutien très léger (tableau 5.9).

De façon générale, il y a un poste administratif et de soutien pour 4,3 postes d'intervention. Les écarts interprovinciaux autour de la moyenne sont statistiquement significatifs à p=,04. C'est en Colombie-Britannique que le ratio personnel administratif et de soutien/personnel d'intervention est le plus faible (1:6,4); il est le plus élevé au Manitoba (1:2,9). Le nombre moyen des postes administratifs et de soutien est significativement plus élevé (p=,000) dans les centres publics (8,6) que dans les centres privés à but non lucratif (3,8).

Les ressources humaines des centres étudiés ne comptent

Tableau 5.9

Total et moyenne des postes d'intervention et d'administration et de soutien selon la province

Province	Intervention N	Intervention (M)	Administration et soutien N	Administration et soutien (M)	Ratio
Terre-Neuve	110	6,9	27	1,7	4,1
Nouvelle-Écosse	408	12,0	113	3,3	3,6
Île-du-Prince-Édouard	49	4,9	14	1,4	3,5
Nouveau-Brunswick	585	13,6	120	2,8	4,9
Québec	1 392	23,2	394	6,6	3,5
Ontario	1 422	29,0	305	6,2	4,7
Manitoba	743	18,1	257	6,3	2,9
Saskatchewan	589	13,4	109	2,5	5,4
Alberta	688	20,8	155	4,7	4,4
Colombie-Britannique	1 271	34,3	200	5,4	6,4
Total	7 257	19,8	1 694	4,6	4,3

p = ,038

pas uniquement du personnel rémunéré. L'équipe de recherche a obtenu des informations sur le nombre de bénévoles, excluant les membres des conseils d'administration, qui rendent des services communautaires ou s'engagent directement dans les activités communautaires développées sous l'égide des centres.

Dans les organismes qui ont participé à cette recherche, le nombre de bénévoles excède largement celui du personnel rémunéré. Alors que pour l'ensemble des centres, la moyenne globale des postes rémunérés est de 24,4, elle est de 38,3 en ce qui a trait aux bénévoles. Pour chaque employé rémunéré, les centres comptent en moyenne 1,6 bénévole (tableau 5.10). En Alberta, le ratio atteint le niveau de 4 bénévoles en moyenne pour chaque employé rémunéré, alors qu'il est le plus faible en Ontario à 0,8. La variance interprovinciale du nombre moyen de bénévoles par centre est significative à p=,002.

L'examen du nombre de postes comblés par des bénévoles selon la nature des services offerts ne révèle pas d'association significative pour l'ensemble des centres à l'étude. Cependant, si on compare le ratio des emplois rémunérés à celui du nombre de bénévoles, on observe que les centres communautaires de services sociaux (2,6) semblent avoir recours

Tableau 5.10

Total et moyenne des postes selon la rémunération et la province

Province	Postes rémunérés N	Postes rémunérés (M)	Non rémunérés (bénévoles) N	Non rémunérés (bénévoles) (M)	Ratio
Terre-Neuve	137	8,6	241	15,1	1,8
Nouvelle-Écosse	521	15,3	1 057	31,1	2,0
Île-du-Prince-Édouard	63	6,3	155	15,5	2,5
Nouveau-Brunswick	705	16,4	935	21,7	1,3
Québec	1 786	29,8	1 887	31,4	1,1
Ontario	1 727	35,2	1 314	26,8	0,8
Manitoba	1 000	24,4	1 198	29,2	1,2
Saskatchewan	698	15,9	1 989	45,2	2,9
Alberta	843	25,5	3 349	101,4	4,0
Colombie-Britannique	1 471	39,8	1 939	52,4	1,3
Total	8 951	(367)	14 064	(367)	1,6

Moyenne globale des postes rémunérés pour l'ensemble des centres: 24,4
Moyenne globale des postes non rémunérés pour l'ensemble des centres: 38,3

Tableau 5.11

Ratio du nombre moyen de bénévoles/personnel rémunéré selon la nature des services

Nature des services	Bénévoles (M)	Postes rémunérés (M)	Ratio
De santé	26,0	28,0	0,9
Sociaux	38,5	14,7	2,6
Intégrés	41,1	36,6	1,1

plus systématiquement au bénévolat que les centres de services de santé (0,9) ou intégrés (1,1) (tableau 5.11).

Quel que soit leur statut, public ou privé à but non lucratif, les centres recourent au bénévolat, mais avec une différence importante dans les ratios : les centres privés à but non lucratif ont un ratio bénévoles/personnel rémunéré trois fois plus élevé que les centres publics (tableau 5.12).

En bref, les centres communautaires de santé et de ser-

Tableau 5.12

Ratio du nombre moyen de bénévoles/personnel rémunéré selon le statut des centres

Statut	Bénévoles	Postes rémunérés	Ratio
Public	24,0	38,9	0,62
Privé à but non lucratif	41,1	21,5	1,91

vices sociaux ont recours de façon assez systématique au bénévolat pour remplir leur mission. Dans certaines provinces, notamment en Alberta, le phénomène apparaît plus accentué. On a aussi identifié une plus forte tendance à recourir au bénévolat dans les centres communautaires de services sociaux et dans les organismes privés à but non lucratif.

Sensibilité des centres aux groupes ethniques minoritaires

Dans les cas où les centres s'adressent à une population hétérogène sur le plan ethnique, il est intéressant de se demander si leur personnel est en mesure de desservir les groupes ethniques minoritaires. On peut même se demander si le centre compte parmi son personnel des représentants de tels groupes.

L'examen des données sur ce sujet démontre une association (p=,000) entre la présence de personnel ethnique dans les centres et la composition ethnique de la population à laquelle ils s'adressent (homogène ou hétérogène) (tableau non inclus). En second lieu, parmi les centres s'adressant à une population hétérogène, 51,2%, soit 133, affirment que leur personnel peut desservir les groupes ethniques minoritaires dans leur langue, alors que 48,8% n'ont pas cette capacité. De plus, 59,9% des centres comptent parmi leur personnel rémunéré un ou des représentants de groupes ethniques minoritaires.

L'organisation du travail

Le dernier volet de l'analyse des ressources humaines des centres concerne l'organisation du travail. Comment les centres organisent-ils les pratiques de leur personnel? Est-il re-

groupé en équipes, ou s'agit-il de pratiques de type individuel? Si le personnel fonctionne en équipe, de quel genre d'équipes s'agit-il, unidisciplinaires ou pluridisciplinaires?

En réponse à cette question, la majorité des centres (66%) disent regrouper au moins une partie de leur personnel en équipes d'intervention, alors que 34% ne fonctionnent pas en équipe. La moitié des centres concernés (50%) comptent à la fois des équipes unidisciplinaires et des équipes pluridisciplinaires. Le tiers (33%) fonctionne uniquement avec des équipes pluridisciplinaires alors que seulement 13% ont adopté une organisation par équipes unidisciplinaires.

Quant aux centres qui ne fonctionnent pas en équipe, la grande majorité (74%) en attribue la raison au personnel restreint.

Le fait de s'organiser en équipe est associé à la population-cible du centre (p=,04) et au type de territoire desservi (p=,002). On note en effet que la majorité des centres qui s'adressent à l'ensemble de la population (63%) ont choisi de regrouper leurs intervenants en équipes, comparativement à 50% des centres qui desservent des groupes spécifiques. Les centres implantés en milieu urbain favorisent aussi le regroupement de leur personnel en équipes.

En fait, il semble que les centres qui le peuvent, parce que le nombre d'intervenants le permet, optent plus volontiers pour un fonctionnement en équipes, ce qui est surtout le fait des centres oeuvrant en milieu urbain et offrant des services à l'ensemble de la population de leur territoire.

Chapitre 6

L'ACCESSIBILITÉ

Il est important, pour tout service, d'être facilement accessible. Dans le domaine communautaire, l'accessibilité fait partie inhérente de la définition même de l'intervention. Par une série de six questions, les centres étaient invités à identifier certains aspects de leur accessibilité physique :

1) l'ouverture quotidienne et le nombre d'heures d'ouverture;
2) la présence d'un service d'urgence;
3) la localisation des équipements et les moyens de communication.

Indicateurs d'accessibilité

Ouverture quotidienne et nombre d'heures d'ouverture

Nous avons demandé aux répondants d'indiquer si les centres œuvrent chaque jour de la semaine, soit sept jours sur sept, ou certains jours seulement, par exemple du lundi au vendredi. Nous leur avons aussi demandé de préciser les heures d'ouverture, qui peuvent varier de quelques heures à 24 heures par jour, ou couvrir certaines périodes de la journée, par exemple, l'avant-midi ou le soir. Cette dimension est

reliée à la mission même du centre, à son environnement, à l'existence d'autres ressources dans la communauté, et aux besoins de celle-ci. Elle est cependant conditionnée par les possibilités en personnel et en budget. Comme mesure d'accessibilité, cet aspect à lui seul demeure relatif, quoiqu'il faille admettre qu'un centre ouvert sept jours par semaine, 24 heures par jour, est plus accessible qu'un centre qui n'ouvre qu'à certaines périodes de la journée, quelques jours par semaine.

Service d'urgence

Nous avons aussi retenu, comme indicateur d'accessibilité, l'existence d'un service d'urgence lorsque le centre n'est pas en opération, ou au moins la possibilité de rejoindre facilement les intervenants en dehors des heures d'ouverture, en cas de nécessité. Même si l'existence d'un tel service est, elle aussi, relative, elle constitue un indicateur d'accessibilité et d'ouverture aux besoins de la communauté, lorsque la nature des services exige de prévoir des situations d'urgence.

Localisation des équipements et moyens de communication

Enfin, un centre accessible sera bien localisé, situé à proximité de la majorité de sa clientèle, au centre de la communauté. Il devrait être possible d'y parvenir facilement par les moyens de transport en usage, qu'il s'agisse des transports en commun en milieu urbain ou des transports individuels et privés en milieu rural. Il devrait aussi être doté des moyens modernes de communication (téléphone, radio, etc.) lui permettant d'informer la population, de maintenir et de faciliter les contacts avec le milieu.

Le tableau 6.1 présente les principales données relatives à l'accessibilité des centres. On y observe notamment que 25% des centres à l'étude sont ouverts sept jours par semaine, et que 32% sont ouverts à divers moments de la journée, facilitant ainsi l'accès aux personnes qui travaillent ou qui ne peuvent s'y rendre le jour. Un peu plus du tiers des centres (37%) ont des services d'urgence. Sur le plan de la localisation et des moyens de communication, la plupart des centres considèrent que leurs points de services sont bien localisés (83%), que les

moyens de transport pour y accéder sont adéquats (68%), ainsi que les moyens pour assurer la communication avec la population (88%).

Tableau 6.1

Accessibilité des centres

Accessibilité	Nombre	%
Ouverture quotidienne		
Oui	89	25
Non	268	75
Total	(357)	100
Heures d'ouverture		
Avant-midi ou après-midi seulement	8	2
Avant-midi et après-midi	233	66
Avant-midi, après-midi, soir ou 24 heures/jour	112	32
Total	(353)	100
Service d'urgence		
Oui	134	37
Non	153	42
Ne s'applique pas	78	21
Total	(365)	100
Localisation		
Adéquate	303	83
Moyennement adéquate	53	15
Peu adéquate	8	2
Total	(364)	100
Moyens de transport		
Adéquats	243	68
Moyennement adéquats	73	20
Peu adéquats	44	12
Total	(360)	100
Moyens de communication		
Adéquats	321	88
Moyennement adéquats	37	10
Peu adéquats	6	2
Total	(364)	100

Accessibilité générale

Afin de pouvoir évaluer l'accessibilité générale des centres, nous avons constitué un index à partir des six questions déjà mentionnées (cf. page suivante). Le tableau 6.2 présente la

Tableau 6.2

Degré d'accessibilité générale des centres communautaires

Accessibilité générale	Nombre	%
Élevée	42	12
Moyenne	205	59
Faible	98	28
Total	**368**	**100**

Moyenne de l'index :	12,5
Médiane:	12,0
Minimum:	6
Maximum:	18

répartition des centres selon leur degré d'accessibilité.

La majorité des centres se définissent comme moyennement accessibles (59%), alors que moins du tiers (28%) le serait peu et qu'une proportion assez faible le serait beaucoup (12%).

Examinée en fonction du statut du centre, cette accessibilité varie de façon significative (p = ,002). Il semble que les centres privés à but non lucratif soient plus accessibles que les centres publics (p = ,002), les trois-quarts ayant une accessibilité générale moyenne ou élevée comparativement à 55% des centres publics. Ce phénomène est sans doute lié au caractère plus urbain des organismes privés. Comme les centres publics desservent une plus grande proportion de leur clientèle en milieu rural ou mixte, on peut supposer que l'accès aux centres est plus difficile (tableau 6.3).

Indice d'accessibilité

Variables	Valeurs
Ouverture sept jours/semaine	oui = 3 non = 1
Heures d'ouverture	Avant-midi seulement = 1 Après-midi seulement = 1 Avant-midi et après midi = 2 Avant-midi et après midi + soir/ nuit = 3 24 heures = 3
Service d'urgence	oui = 3 non = 1 ne s'applique pas = moyenne des centres indicateurs
Localisation	très adéquate = 3 moyennement adéquate = 2 peu adéquate = 1
Moyens de transport	très adéquats = 3 moyennement adéquats = 2 peu adéquats = 1
Moyens de communication	très adéquats = 3 moyennement adéquats = 2 peu adéquats = 1
Maximum possible sur l'indice	18
Minimum possible sur l'indice	6
3 degrés d'accessibilité	élevé 16 à 18 moyen 12 à 15 faible 6 à 11

(Recodé avec moyenne de 13,5 et écart -type de 1,6)

Les résultats de cette pondération sont traduits au tableau 6.2.

Tableau 6.3

Degré d'accessibilité générale des centres selon leur statut

Statut des centres	Degré d'accessibilité générale			Total
	Faible %	Moyen %	Élevé %	
Public	46	51	4	(57)
Privé à but non lucratif	25	62	13	(286)
Total				**(343)**
p=,002, V de Cramer=,19				

Par ailleurs, le degré d'accessibilité est associé au type de milieu, le territoire urbain semblant le mieux desservi. On observe en effet que la proportion des centres qui ont une accessibilité moyenne est beaucoup plus forte en milieu urbain (68%) qu'en milieu rural (38%). Quant à la proportion des centres présentant une accessibilité élevée, elle est relativement semblable et plutôt faible peu importe le type de territoire (tableau 6.4).

Tableau 6.4

Degré d'accessibilité générale des centres selon le territoire

Territoire	Degré d'accessibilité générale			Total
	Faible %	Moyen %	Élevé %	
Urbain	20	68	12	(191)
Rural	49	38	13	(53)
Autres (semi-urbain et mixte)	32	54	14	(42)
Total				**(340)**
p=,000, V de Cramer=,17				

En résumé, les centres à l'étude rencontrent certains problèmes à rendre leurs services pleinement accessibles, comme le démontre la faible proportion de ceux qui se retrouvent dans la colonne "accessibilité générale élevée" (12%). Généralement, les organismes privés à but non lucratif et ceux qui desservent une population urbaine performent mieux sur ce plan.

Chapitre 7

LA PARTICIPATION

La participation de la population à la gestion des organismes qui ont un impact direct sur ses conditions de vie est un élément important de la démocratie locale. Elle constitue aussi un élément fondamental de l'intervention communautaire. Quand on fait référence à la participation, on pense spontanément à celle qui a trait à la gestion générale des centres via les conseils d'administration. C'est un aspect capital, mais non unique ni peut-être le plus important : il y a aussi, via divers mécanismes, la participation à l'identification des besoins et à l'orientation des programmes, ce qui implique une collaboration et un partenariat actif entre les intervenants communautaires et les membres de la communauté.

Plus un centre prévoit des mécanismes démocratiques de participation, plus il risque de se rendre sensible à la communauté et plus il traduit ses orientations communautaires.

Dans ce chapitre, l'analyse se situe à trois niveaux :

- la participation à l'identification et à l'analyse des besoins;
- la participation à la prise de décision relative aux projets, programmes ou services;
- la composition et les modalités de fonctionnement des conseils d'administration.

PARTICIPATION À L'IDENTIFICATION ET À L'ANALYSE DES BESOINS

Les citoyens peuvent participer plus ou moins activement à l'identification des besoins d'une communauté. Certains mécanismes permettent une participation plutôt passive, comme par exemple le fait de répondre à des sondages ou à des recherches. D'autres mécanismes sont de type consultatif, tels les comités consultatifs auprès des usagers, ou les comités de citoyens; ces mécanismes consultatifs permettent d'obtenir l'avis des personnes consultées, mais le pouvoir décisionnel demeure au niveau des instances administratives ou professionnelles mandatées.

D'autres mécanismes, plus directement liés au conseil d'administration, comme par exemple les comités statutaires composés d'administrateurs, impliquent un pouvoir décisionnel.

Dans le questionnaire, les centres devaient indiquer si les membres de la communauté participent à l'identification des besoins. Si oui, ils devaient préciser le type de mécanisme en vigueur. Le tableau 7.1 illustre les résultats obtenus concernant la participation à l'identification des besoins.

Tableau 7.1

Participation à l'identification des besoins

PARTICIPATION	NOMBRE	%	TOTAL
Participation à l'identification des besoins	305	85	(361)
Citoyens ou usagers élus au conseil d'administration	244	82	(296)
Sondages effectués dans la communauté	210	75	(282)
Représentants des associations élus au conseil d'administration	152	54	(281)
Représentants de la municipalité au conseil d'administration	85	31	(278)
Autres moyens	57	29	(194)

On constate qu'une proportion importante des centres prévoit la participation à l'identification des besoins (85%). Parmi les moyens privilégiés, l'élection de citoyens ou d'usagers au conseil d'administration vient en tête, suivi des sondages et de l'élection des représentants des associations au conseil d'administration.

Seulement le tiers des centres font appel aux représentants de la municipalité pour identifier les besoins du milieu.

Participation à la prise de décision

L'autre indicateur de participation touche à la prise de décision. La participation à la prise de décision implique un pouvoir plus direct sur l'orientation et la gestion d'un centre que ne le permet la participation au seul niveau de l'identification des besoins. Le tableau 7.2 présente les données concernant la participation à la prise de décision : une proportion plus faible des centres y a recours (72% versus 85% dans le cas de l'identification des besoins).

Cette participation à la prise de décision se fait surtout via l'élection des citoyens au conseil d'administration (84%) et

Tableau 7.2

Participation à la prise de décision

	Nombre	%	Total
Participation à la prise de décision	265	72	(368)
Citoyens ou usagers élus au conseil d'administration	212	84	(252)
Représentants des associations élus au conseil d'administration	122	51	(241)
Comités décisionnels comprenant des citoyens	151	63	(241)
Représentants de la municipalité au conseil d'administration	68	29	(236)
Autres moyens	34	20	(171)

l'implication dans des comités décisionnels (63%). Dans l'ensemble, les centres optent davantage pour une participation à l'identification des besoins, plus limitée et moins déterminante; lorsqu'on encourage la participation à la prise de décision, les moyens retenus semblent moins diversifiés.

Participation globale

Afin d'obtenir une vision d'ensemble de la participation à la vie des centres, un index a été constitué qui tient compte à la fois du niveau de participation (identification des besoins et/ou prise de décision) et du nombre de mécanismes retenus pour favoriser cette participation.

Pour mesurer la participation, les résultats des deux indices furent cumulés, le minimum sur l'échelle s'établissant à 0 et le maximum potentiel à 20. Trois niveaux de participation ont été établis à partir de la moyenne et de l'écart-type :

participation faible : de 0 à 5 points
participation moyenne : de 6 à 16 points
participation élevée : de 17 à 20 points

Indice de participation à l'identification des besoins

Variables	Pondération
Participation à l'identification des besoins	oui = 5
	non = 0
Si oui,	
Citoyens élus au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Représentants d'associations bénévoles au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Représentants des municipalités au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Sondages effectués dans la communauté	oui = 1
	non = 0
Autres mécanismes	oui = 1
	non = 0
Valeur maximum = 10, valeur minimum = 0	

Indice de participation à la prise de décision

VARIABLES	PONDÉRATION
Participation à la prise de décision	oui = 5
	non = 0
Si oui	
Citoyens élus au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Représentants d'associations bénévoles au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Représentants des municipalités au conseil d'administration	oui = 1
	non = 0
Comités décisionnels	oui = 1
	non = 0
Autres mécanismes	oui = 1
	non = 0

Valeur maximum = 10, valeur minimum = 0

Le tableau suivant présente la répartition des centres selon la cote obtenue d'après cet index.

Tableau 7.3

Participation globale à la vie des centres

PARTICIPATION GLOBALE	NOMBRE	%
Élevée	30	13
Moyenne	156	69
Faible	41	18
Total	227	100
Moyenne de l'index	10,7	
Médiane	13,0	
Minimum	0,0	
Maximum	20,0	

La proportion des centres qui favorisent une participation élevée, c'est-à-dire qui recourent aux deux niveaux de participation et/ou à plusieurs mécanismes, est assez basse (13%). La majorité des centres présente des résultats moyens (69%), et il semble bien, d'après les tableaux précédents, que le mécanisme privilégié soit celui de l'élection des citoyens au conseil d'administration.

Lorsqu'on examine les niveaux de participation à la vie des centres selon la province (tableau 7.4), on observe une variation importante (p=,03).

Même si on doit interpréter les résultats avec prudence, étant donné le faible nombre de centres répondants dans certaines provinces, l'absence des centres de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard de la catégorie "participation élevée" laisse supposer quelques lacunes sur ce plan. C'est au Manitoba que les mécanismes permettant la participation des citoyens semblent les plus élaborés.

Tableau 7.4

Participation globale selon la province

	Participation globale			
	Faible %	Moyenne %	Élevée %	Total
Terre-Neuve	50	50	—	(4)
Nouvelle-Écosse	60	40	—	(10)
Île-du-Prince-Édouard	50	50	—	(2)
Nouveau-Brunswick	36	46	18	(11)
Québec	14	79	7	(57)
Ontario	19	64	17	(42)
Manitoba	6	72	22	(32)
Saskatchewan	13	87	—	(8)
Alberta	13	77	10	(31)
Colombie-Britannique	17	63	20	(30)
Total				(227)

p=,0259, V de Cramer=,26

La seule autre association significative est celle qui existe entre le degré de participation et le type de communauté desservie par les centres (tableau 7.5).

Tableau 7.5

Participation globale selon la population-cible

Population-cible	Participation globale : Faible %	Moyenne %	Élevée %	Total (N)
Totale	11	74	15	(101)
Spécifique	24	64	12	(126)
Total				(227)

p=,041, V de Cramer=,17

Le taux de participation est légèrement plus élevé dans les centres qui s'adressent à l'ensemble de la population d'un territoire, comparativement à ceux qui offrent des services à des populations spécifiques.

En résumé, on peut penser que les centres prévoient certains mécanismes de participation à l'identification des besoins et/ou à la prise de décision. Le mécanisme privilégié, et de loin, s'avère l'élection des citoyens au conseil d'administration. Quant aux autres mécanismes, outre ceux que nous avons proposés, ils s'avèrent peu diversifiés et peu de centres ont identifié d'autres modes de participation. On note enfin des variations importantes au niveau de la participation à la vie des centres communautaires, selon les provinces.

Composition et modalités de fonctionnement des conseils d'administration

La participation active de la population ne se manifeste pas uniquement par la présence au conseil d'administration ou à des comités formés de certains membres élus issus de la communauté. Elle peut aussi se manifester par l'implication directe de bénévoles dans les programmes et les activités du centre. L'importante contribution des bénévoles a déjà été notée au chapitre 5, aussi nous n'y reviendrons pas.

Une autre indication très importante du degré de démocratisation des centres se retrouve dans la composition du conseil d'administration et dans ses modalités de fonctionnement. Le nombre, le statut, le mode de recrutement des membres et le mode de renouvellement de leur mandat, les modalités de

fonctionnement, telles le nombre de réunions annuelles et la durée des mandats, sont autant d'éléments qui traduisent concrètement l'orientation communautaire des centres à l'étude.

Tableau 7.6

Composition des conseils d'administration

Nombre de membres	Nombre de centres	%
7 personnes ou moins	51	15
entre 8 et 19 personnes	241	70
20 personnes et plus	51	15
Total	(343)	10
Nombre moyen de membres	13,2	
Mode	12,0	
Médiane	12,0	
Écart-type	5,8	

La composition des conseils d'administration

Les conseils d'administration des centres répondants comptent en moyenne 13 membres (tableau 7.6).

La majorité des conseils d'administration (70%) comprennent de 8 à 19 membres, tandis qu'une proportion égale (15%) de centres ont des conseils très restreints (moins de7 membres) ou, au contraire, très étendus (20 membres et plus).

On peut supposer que le fait d'avoir un très petit nombre de membres crée certains problèmes au niveau de la représentativité au conseil d'administration; par contre, un nombre trop élevé peut engendrer une lourdeur de fonctionnement qui peut, à la limite, paralyser l'action du conseil.

Au tableau suivant (7.7), nous présentons le nombre total de membres aux conseils d'administration ainsi que la moyenne par centre, selon la province.

Les 342 centres ayant répondu à cette question comptent 4 550 membres siégeant à leurs conseils d'administration. La moyenne générale des membres au conseil d'administration s'établit à 13,3 membres, l'écart-type est de 5,4 et la variance interprovinciale autour de cette moyenne est significative (p=,000).

Tableau 7.7

Nombre et moyenne de membres aux conseils d'administration selon la province

	Nombre de membres	Moyenne	Nombre de centres
Terre-Neuve	168	14	12
Nouvelle-Écosse	4 84	16	30
Île-du-Prince-Édouard	141	14	10
Nouveau-Brunswick	540	13,5	40
Québec	657	10,9	60
Ontario	662	14,7	45
Manitoba	586	16,7	35
Saskatchewan	519	12	43
Alberta	415	12,9	32
Colombie-Britannique	378	10,8	35
Total	**4 550**	**13,3**	**342**

Variance interprovinciale : significative à ,000

L'analyse du nombre moyen de membres selon le statut public ou privé des centres révèle un écart significatif à ,009, le nombre moyen d'administrateurs s'établissant à 11,4 pour les organismes publics comparativement à 13,6 pour les organismes privés à but non lucratif (tableau 7.8).

Tableau 7.8

Nombre total de membres selon le statut des centres

Statut des centres	Nombre	Moyenne	Nombre de centres
Public	603	11,4	53
Privé à but non lucratif	3 925	13,6	288
Total	**4 528**	**13,3**	**341**

Variance du nombre de membres selon le statut des centres : significative à ,009.

Les membres élus

Le nombre de membres élus au conseil d'administration est en moyenne de 8,4, les autres ayant été nommés ou étant membres d'office. L'expression "membres élus" renvoie strictement au processus électif et non au statut du membre. Ainsi, tous les membres élus ne sont pas issus de la communauté locale, ni nécessairement des usagers du centre; il peut s'agir du personnel professionnel ou administratif du centre, comme c'est le cas, par exemple, dans les CLSC du Québec. Quant aux membres non élus, ils peuvent aussi être choisis dans la population ou représenter les instances gouvernementales, les associations privées ou les groupes d'intérêts de la communauté.

Le tableau 7.9 présente le nombre total de membres élus par province, peu importe leur statut. On note que les élus aux conseils d'administration représentent en moyenne plus de 50% des administrateurs des centres (8,4 élus sur 13,3 membres). Les différences interprovinciales ne sont pas significatives à cet égard.

Tableau 7.9

Nombre total de membres élus par province

Province	Nombre d'élus	Moyenne par centre	Nombre de centres répondants
Terre-Neuve	142	8,9	16
Nouvelle-Écosse	274	8,1	34
Île-du-Prince-Édouard	63	6,3	10
Nouveau-Brunswick	284	6,6	43
Québec	462	7,7	60
Ontario	374	7,6	49
Manitoba	442	10,8	41
Saskatchewan	410	9,3	44
Alberta	356	10,8	33
Colombie-Britannique	270	7,3	37
Total	**3 077**	**8,4**	**367**

Variance interprovinciale : non significative

Comme nous l'avons observé plus tôt en ce qui concerne le nombre total de membres au conseil d'administration, le nombre moyen *des membres élus* varie significativement (p = ,009) selon le statut public ou privé des centres (tableau 7.10), les centres privés comptant un nombre plus important d'élus.

Outre le fait d'être élu ou nommé, le statut des membres des conseils d'administration revêt une certaine importance. Nous avons donc distingué entre représentants des citoyens (usagers, représentants des associations volontaires, de la population, bénévoles) et autres représentants (personnel, représentants gouvernementaux et d'organismes).

Tableau 7.10

Nombre total d'élus selon le statut des centres

Statut des centres	Nombre	Moyenne par centre	Nombre de centres répondants
Public	352	5,9	59
Privé à but non lucratif	2 708	8,8	307
Total	**3 050**	**8,3**	**(366)**

Variance entre les centres selon leur statut : à ,009

Le tableau 7.11 présente le nombre moyen de ces autres représentants par centre dans les différentes provinces.

Alors qu'on compte en moyenne 13,3 membres par centre, ce nombre diminue à 2,8 lorsqu'on exclut les représentants des citoyens.

Les conseils d'administration assurant une majorité importante aux représentants des communautés locales fournissent une certaine assurance que les besoins et les intérêts de la communauté seront pris en compte par les administrateurs. Le pouvoir, au moins théorique, des communautés locales ne semble menacé dans aucune province par la composition des conseils d'administration et l'équilibre des forces en présence.

Le nombre moyen des autres représentants (organismes, gouvernements et personnel) au conseil d'administration varie significativement selon le statut des centres (p=,000), les centres publics comptant en moyenne un plus grand nombre de membres de ce type (tableau 7.12).

Tableau 7.11

Autres membres au conseil d'administration selon la province

Province	Nombre	Moyenne par centre	Nombre de centres répondants
Terre-Neuve	40	2,5	16
Nouvelle-Écosse	128	3,8	34
Île-du-Prince-Édouard	18	1,8	10
Nouveau-Brunswick	97	2,3	43
Québec	210	3,5	60
Ontario	139	2,8	49
Manitoba	155	3,8	41
Saskatchewan	81	1,8	44
Alberta	72	2,2	33
Colombie-Britannique	72	1,9	37
Total	**1 012**	**2,8**	**367**

Variance interprovinciale du nombre d'autres participants au conseil d'administration : non significative.

Tableau 7.12

Autres membres au conseil d'administration selon le statut des centres

Statut des centres	Nombre	Moyenne par centre	Nombre de centres répondants
Public	267	4,5	59
Privé à but non lucratif	741	2,4	307
Total	**1 008**	**2,8**	**366**

Variance entre les centres selon leur statut : significative à ,000

Fonctionnement des conseils d'administration

Les réunions

Le nombre de réunions des conseils d'administration s'établit en moyenne à 10,8 par année. La médiane est de 11 réunions par année. Au tableau 7.13, on note que 46% des centres tiennent 10, 11 ou 12 réunions de leur conseil

d'administration par année. On peut penser que la majorité des centres a environ une réunion par mois, avec un espacement un peu plus grand durant la période d'été.

Tableau 7.13

Nombre de réunions annuelles des conseils d'administration

Nombre de réunions annuelles	Nombre de centres	%
De 1 à 9 réunions	170	49
10, 11 ou 12 réunions	162	46
13 réunions ou plus	17	5
Total	**349**	**100**

Les ethnies

La représentation ethnique aux conseils d'administration est plus élevée dans les centres qui offrent des services à une population hétérogène et ce, de façon significative (p=,004). En effet, 62% des centres qui s'adressent à une population incluant des groupes ethniques minoritaires ont des représentants de ces groupes. Même si ce résultat est élevé, il reste cependant que 38% des centres oeuvrant auprès de populations hétérogènes n'ont pas encore ouvert leur conseil d'administration à des représentants de groupes minoritaires (tableau 7.14).

Tableau 7.14

Représentation ethnique au conseil d'administration selon l'hétérogénéité de la population

Population	Représentation ethnique (%) oui	non	Nombre
Homogène	42	58	(89)
Hétérogène	62	38	(136)
p=,004, V de Cramer=,20		**Total**	**(225)**

Les mandats

Les règles de fonctionnement des conseils d'administration semblent prévoir des mécanismes adéquats de renouvellement des administrateurs, puisque 96% des centres répondent que les mandats ont une durée déterminée de un à trois ans, la durée moyenne s'établissant à 2,2 ans (tableau 7.15).

Tableau 7.15

Durée des mandats des administrateurs

Durée des mandats	Nombre	%
2 ans ou moins	158	62
3 ans	87	34
4 ans et plus	9	4
Total	**254**	**100**
Durée moyenne des mandats : 2,2		

En bref, une analyse, même sommaire, des modalités de participation de la population, de la composition et des modes de fonctionnement des conseils d'administration montre une diversification assez peu élevée des modalités de participation, tant au niveau de l'identification des besoins que de la prise de décision. Le mécanisme privilégié pour la participation de la population est le mode électif et les représentants de la population élus au conseil d'administration sont largement majoritaires. La composition des conseils d'administration et les modalités de fonctionnement adoptées par les centres semblent en faire des instruments adéquats pour permettre aux communautés locales qu'ils desservent d'exprimer leurs intérêts et leurs besoins. Certains aspects pourraient cependant être développés, notamment au niveau de la représentation de groupes ethniques minoritaires aux conseils d'administration.

Chapitre 8

LA SITUATION FINANCIÈRE

Les questions relatives à la situation financière des organismes communautaires sont nombreuses. Nous avons regroupé dans ce chapitre des informations sur les budgets, les sources et les modes de financement.

Les budgets en 1987-1988

L'un des constats majeurs en ce qui concerne les budgets des centres communautaires dans l'ensemble des provinces est celui de leur sous-financement chronique.

Afin de mieux savoir de quelles masses budgétaires bénéficient les centres communautaires étudiés et de fournir une information aussi objective que possible, une question a été posée sur les budgets des centres pour le dernier exercice financier disponible. La question était la suivante : *Quel est le budget total du centre pour l'exercice budgétaire 1987-1988 (incluant éventuellement les enveloppes ou budgets protégés)?*

La moyenne des budgets des 340 centres ayant fourni cette information est inférieure à un million de dollars par année (820 000 $). La variance interprovinciale des moyennes est significative à ,009, ce qui nous permet d'affirmer que le niveau de financement des centres varie considérablement selon la province et que les écarts sont statistiquement significatifs d'une province à l'autre (tableau 8.1). Il faut cependant noter que les données financières relatives au Québec et à l'Ontario datent de 1986-87.

Tableau 8.1

Budgets des centres selon la province

Province	Somme totale	Moyenne par centre
Terre-Neuve	6 483 384	463 099
Nouvelle-Écosse	18 473 580	577 299
Île-du-Prince-Édouard	2 225 300	222 530
Nouveau-Brunswick	13 706 411	351 446
Québec	50 570 221	936 486
Ontario	66 763 436	1 451 379
Manitoba	41 619 067	1 067 156
Saskatchewan	19 383 101	484 578
Alberta	31 669 162	989 661
Colombie-Britannique	27 688 013	814 353
TOTAL	**278 581 675**	**819 358**

Variance interprovinciale des moyennes provinciales : significative à ,009

On note aussi que la moyenne des budgets des centres communautaires varie significativement (p = ,001) selon leur statut, public ou privé sans but lucratif (tableau 8.2).

Tableau 8.2

Budgets des centres selon la province et le statut

	Organisme			
	Public		Privé	
Province	somme totale	Moyenne	somme totale	Moyenne
Terre-Neuve	300 000	150 000	6 183 384	515 282
N.-É.	7 520 000	1 253 333	10 853 580	421 292
Î.-P.-É.	---	---	2 225 300	222 530
N.-B.	1 768 000	294 667	11 938 411	361 770
Québec	42 855 910	2 380 884	7 714 311	214 286
Ontario	12 255 779	2 042 630	54 507 657	1 362 691
Manitoba	1 934 382	967 191	37 980 185	1 085 148
Saskatchewan	3 005 459	300 546	16 377 642	545 921
Alberta	4 640 000	1 546 667	27 029 162	932 040
C.-B.	---	---	27 688 013	814 353
Total	**74 279 530**	**1 401 500**	**202 637 645**	**708 523**

Variance selon le statut : p = ,001

Pour l'ensemble des centres à l'étude, la moyenne des budgets des centres publics est deux fois plus élevée que celle des centres privés à but non lucratif. Cependant dans certaines provinces, notamment à Terre-Neuve, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba et en Saskatchewan, les budgets des centres privés à but non lucratif sont plus importants que ceux des centres publics. L'écart le plus marqué entre les moyennes des budgets des centres privés et publics s'observe au Québec, en raison du phénomène des CLSC. En effet, les centres communautaires publics de cette province bénéficient, en moyenne, de budgets 11 fois supérieur à ceux des centres privés à but non lucratif.

L'écart entre la moyenne des centres qui s'adressent à l'ensemble de la population d'un territoire et celle des centres qui oeuvrent auprès d'une population spécifique est aussi significatif. On observe en effet que la moyenne des budgets

Tableau 8.3

Budgets selon la province et la population-cible

	Population			
	Totale		Spécifique	
Province	somme totale	Moyenne	somme totale	Moyenne
Terre-Neuve	4 824 774	1 608 258	1 658 610	150 783
N.-É.	9 590 712	871 883	8 882 868	422 994
Î.-P.-É.	350 000	350 000	1 875 300	208 367
N.-B.	6 639 078	301 776	7 067 333	415 725
Québec	45 388 633	2 063 119	5 181 588	161 925
Ontario	53 256 351	1 902 012	13 507 085	750 394
Manitoba	23 219 867	1 289 993	18 399 200	876 152
Saskatchewan	17 432 815	697 313	1 790 286	127 876
Alberta	21 082 699	1 621 746	10 586 463	557 182
C.-B.	15 184 737	949 046	12 503 276	694 626
Total	**196 969 666**	**1 238 802**	**81 452 009**	**452 511**

Variance selon la population desservie : p = ,000

des centres desservant l'ensemble de la population d'un territoire excède largement celle des centres s'adressant à des populations spécifiques (1,2 $ millions versus 452 500 $) (tableau 8.3).

Cette observation est valable dans toutes les provinces, à l'exception du Nouveau-Brunswick. C'est au Québec que l'écart entre les centres est le plus important: les budgets des centres oeuvrant auprès de l'ensemble de la population y sont 12 fois plus importants que ceux des centres desservant une population spécifique, ce qui reflète encore le phénomène des CLSC dans cette province.

La moyenne des budgets varie significativement selon la nature des services offerts (p = ,000). Les centres offrant exclusivement des services de santé ou des services selon un modèle intégré obtiennent un financement bien supérieur à ceux qui offrent uniquement des services sociaux (tableau 8.4).

Tableau 8.4

Budgets selon la province et la nature des services offerts

	Services de santé		Services sociaux		Services intégrés	
Province	Somme tot.	Moyenne	Somme tot.	Moyenne	Somme tot.	Moyenne
T.-N.	230 000	230 000	913 800	152 300	5 339 584	762 797
N.-É.	1 641 000	820 500	8 450 868	422 543	8 381 712	838 171
Î.-P.-É.	———	———	1 044 300	149 186	1 181 000	393 667
N.-B.	3 264 818	652 964	6 550 289	284 795	3 541 304	354 130
Qc.	359 765	179 882	3 167 344	143 970	47 043 112	1 568 103
Ont.	20 075 209	2 509 401	16 902 365	734 885	29 785 862	1 985 724
Man.	———	———	22 205 700	965 465	19 413 367	1 213 335
Sask.	1 199 500	171 357	1 681 444	140 120	16 502 157	785 817
Alb.	7 519 383	1 253 230	7 162 780	421 340	16 986 999	1 887 444
C.-B.	———	———	11 283 013	451 320	16 405 000	1 822 778
Total	**34 289 675**	**1 106 119**	**79 381 903**	**445 853**	**164 580 097**	**1 266 001**

Variance entre les provinces selon la nature des services : p = ,000

La récurrence

La récurrence des budgets est un indicateur de continuité. Les centres dont les budgets ne sont pas assurés d'une année à l'autre n'ont pas la certitude de survivre, puisque leur budget dépend du choix discrétionnaire des sources de financement. La non-récurrence impose aussi plusieurs inconvénients aux organismes concernés parce qu'ils doivent

faire de nombreuses démarches à chaque année pour obtenir un financement, ce qui peut drainer des énergies précieuses souvent perdues au détriment des services à rendre dans la communauté.

Des 286 centres ayant répondu à cette question, 13,6% mentionnent que leur budget est annuel et qu'ils n'ont aucune récurrence garantie. Par ailleurs, 32% des centres répondants bénéficient d'une récurrence complète.

Pour les fins de présentation des résultats, nous avons regroupé les centres en deux catégories selon le pourcentage de récurrence de leur budget : ceux qui bénéficient d'une récurrence supérieure à 50% et ceux qui ont 50% ou moins de récurrence.

La variance interprovinciale est significative (p = ,001), ainsi qu'on peut l'observer au tableau 8.5, et deux provinces influencent tout particulièrement cette donnée. On note en effet que 76% des centres à l'étude peuvent compter sur une récurrence de plus de la moitié de leur budget mais, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, plus de 95% des centres ont une récurrence de plus de 50% de leurs budgets. Par ailleurs, au Québec, la majorité des centres (51%) ont une récurrence budgétaire de 50% ou moins.

Tableau 8.5

Récurrence des budgets selon la province

PROVINCE	50% OU MOINS %	51% ET PLUS %	TOTAL
Terre-Neuve	22	78	(9)
Nouvelle-Écosse	5	95	(20)
Île-du-Prince-Édouard	25	75	(8)
Nouveau-Brunswick	25	75	(32)
Québec	51	49	(57)
Ontario	2	98	(46)
Manitoba	23	77	(31)
Saskatchewan	23	77	(30)
Alberta	29	71	(28)
Colombie-Britannique	13	87	(31)
Total	24	76	(292)

p = ,000, V de Cramer = ,38

Tableau 8.6

Récurrence des budgets selon le statut des centres

Statut des centres	Récurrence des budgets: 50% ou moins %	51% et plus %	Total
Public	2	98	(46)
Organisme communautaire	28	72	(245)
Total			**(291)**

p=,000, Phi=,22

Récurrence des budgets selon la population-cible

Population-cible	Récurrence des budgets: 50% ou moins %	51% et plus %	Total
Totale	15	85	(134)
Spécifique	31	69	(159)
Total			**(293)**

p=,002, Phi=,19

Récurrence des budgets selon la nature des services offerts

Nature des services offerts	Récurrence des budgets: 50% ou moins %	51% et plus %	Total
Services de santé	11	89	(28)
Services sociaux	29	71	(156)
Services intégrés	19	81	(109)
Total			**(293)**

p=,04, V de Cramer=,14

On constate aussi, au tableau 8.6, que la proportion de récurrence des budgets varie significativement selon le statut des centres, la population-cible et la nature des services offerts. Généralement ce sont les centres publics, ceux qui desservent l'ensemble de la population d'un territoire et ceux qui offrent des services de santé qui jouissent d'un plus haut niveau de récurrence (tableau 8.6).

On peut supposer que la récurrence des budgets est aussi fonction du degré d'ancienneté des centres. Cependant, nos données ne nous ont pas permis d'établir une relation simple entre le nombre d'années d'existence des centres et le pourcentage de récurrence de leur budget.

En effectuant des tests de moyenne et en regroupant les centres selon un niveau de récurrence *égal ou inférieur à 25%*, ou *égal ou supérieur à 75%*, nous avons identifié une différence significative (p=,002) dans l'âge moyen des centres en question.

Ainsi les centres dont la récurrence est égale ou inférieure à 25% (49) existent en moyenne depuis 10,9 années, alors que ceux dont la récurrence est égale ou supérieure à 75% (195) comptent en moyenne 18,7 années d'existence.

Un autre test de moyenne effectué après avoir regroupé les centres comptant 10 années d'existence ou moins (138) et ceux comptant 21 années d'existence et plus (50) a permis d'observer une différence significative du degré de récurrence des budgets (p = ,000). En effet, 65% des centres comptant de 1 à 10 ans d'existence bénéficient d'une récurrence égale ou supérieure à 75% comparativement à 86% des centres comptant plus de 21 années d'existence.

Les sources de financement

Un organisme communautaire peut compter sur différentes sources de financement, notamment :

- un financement public (ministères ou organismes des trois paliers de gouvernement);
- un financement privé (fondations, Centraide, communautés religieuses, entreprises privées, etc.);
- l'autofinancement (revenus d'opération, cotisations, campagnes de financement, etc.).

La majorité des centres à l'étude (70,8%) reçoivent un financement mixte, c'est-à-dire à la fois public et privé. Peu

Tableau 8.7

Sources de financement selon le statut du centre

Source de financement	Public		Privé à but non lucratif		Total	
	N	%	N	%	N	%
Publique	(35)	40,7	(51)	59,3	(86)	25,1
Privée	(1)	7,2	(13)	92,9	(14)	4,1
Publique et privée	(21)	8,7	(221)	91,3	(242)	70,8
Total	**(57)**	**16,7**	**(285)**	**83,3**	**(342)**	**100**

de centres (4,1%) ont un financement exclusivement privé. On observe toutefois que les sources de financement varient significativement selon le statut du centre (p=,000) (tableau 8.7).

Parmi les centres qui ont un financement mixte, 8,7% ont un statut public et 91,3% ont un statut privé à but non lucratif. Les proportions sont à peu près semblables pour les centres qui reçoivent un financement privé; mais on note une différence importante dans le cas des sources publiques de financement, qui vont plus fréquemment aux organismes publics.

Si on analyse les données selon le nombre de sources de financement, qu'il y ait une seule, deux ou trois sources, la variation est significative (p=,000) selon le statut du centre (tableau 8.8). Dans l'ensemble, une proportion importante des centres compte diverses sources de financement (44,7%), mais parmi les organismes qui en ont au moins trois, 94% ont un statut privé à but non lucratif.

Tableau 8.8

Nombre de sources de financement selon le statut

Source de financement	Public		Privé à but non lucratif		Total	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Unique	(36)	40	(54)	60	(90)	26,3
Deux sources	(12)	12,1	(87)	87,9	(99)	28,9
Trois sources	(9)	5,9	(144)	94,1	(153)	44,7
Total	**(57)**	**16,7**	**(285)**	**83,3**	**(342)**	**100**

Rappelons que le financement de source publique peut provenir des gouvernements fédéral, provincial ou municipal.

Tableau 8.9

Pourcentage du budget des centres provenant des paliers gouvernementaux

POURCENTAGE DU BUDGET	FÉDÉRAL %	PROVINCIAL %	MUNICIPAL %
10% ou moins	26,4	6,3	62,4
11 à 50%	49,5	34,5	31,2
51 à 100%	24,1	59,2	6,5
Total	**100%**	**100%**	**100%**

Parmi les sources publiques, il apparaît que les gouvernements provinciaux financent des proportions plus importantes du budget des organismes, alors que les municipalités, quand elles sont présentes dans le financement de ces organismes, financent de plus faibles proportions des budgets.

Si l'on examine les sources publiques de financement, il apparaît que les gouvernements provinciaux contribuent le plus au budget des organismes, alors que les municipalités y participent dans la proportion la plus faible (tableau 8.9).

Tableau 8.10

Proportion du budget des centres provenant de sources publiques

POURCENTAGE DU BUDGET	SOURCES PUBLIQUES (%)
10% ou moins	3,1
11 à 50%	18,9
51 à 100%	78,1
Total	**100**

Si on cumule les trois sources de financement public, on constate au tableau 8.10 qu'une proportion importante des centres (78%) obtiennent plus de 50% de leur budget de ces sources.

Le financement provient également de subventions d'instances privées ou sous la forme d'autofinancement. Même si ce sont des sources non négligeables de financement, leur apport est proportionnellement plus faible dans le budget des centres que celui des instances publiques.

Tableau 8.11

Pourcentage du budget des centres selon les formes de financement privé

% du budget	Formes de financement	
	Organismes privés %	Autofinancement %
10% et moins	42,3	53,5
11 à 50%	49,1	36,4
51 à 100%	8,6	10,1
Total	100%	100%

Le croisement de la variable sur l'origine publique et privée des budgets, avec le statut des centres ou la nature des services offerts, n'a pas permis d'observer de relation significative statistiquement. Par ailleurs, lorsqu'on regroupe les sources publiques ou privées, on observe que la proportion du budget provenant du privé change de façon significative selon qu'il s'agit d'un centre à statut public ou privé à but non lucratif. Ainsi ,100% des centres dont plus de 50% du financement proviennent du privé sont des centres à statut privé à but non lucratif. Parmi les centres publics, 86% n'ont que 10% de leur budget qui vient de source privée, par rapport à 41% chez les organismes privés à but non lucratif (tableau 8.12).

Tableau 8.12

Proportion du budget d'origine privée selon le statut de l'organisme

% de financement privé	Statut			
	Privé		Public	
	(n)	%	(n)	%
10% et moins	(6)	86	(68)	40
11 à 50%	(1)	14	(85)	51
51 à 100%	(0)	0	(15)	9
Total	(7)	100	(168)	100

On observe aussi une différence significative dans la proportion de financement privé selon la nature des services. Les majorités des organismes de santé et des organismes offrant des services intégrés reçoivent une assez faible proportion de leur budget de source privée. Quant aux services

sociaux, ils reçoivent une proportion importante de leur budget (entre 10 et 50%) de source privée (tableau 8.13).

Tableau 8.13

Proportion du budget d'origine selon la nature des services

% de financement privé	Nature des services					
	Santé		Services sociaux		Services intégrés	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
10% et moins	(9)	64	(36)	33	(29)	55
11 à 50%	(5)	36	(60)	56	(21)	39
51 à 100%	(0)	0	(12)	11	(3)	6
Total	**(14)**	**100**	**(108)**	**100**	**(53)**	**100**

Les modes de financement

Le financement des centres communautaires peut s'effectuer selon diverses modalités: financement global, au cas par cas, selon le volume de clientèle, par programme, par capitation, ou autrement.

Le tableau 8.14 illustre cette diversité des modes de financement pour les centres que nous avons étudiés.

Tableau 8.12

Répartition des centres selon le mode de financement

Mode de financement	Centres (n)	%
Global	(89)	28
Cas par cas (volume de clientèle)	(29)	9
Programmes spécifiques	(73)	23
Capitation	(9)	3
Autres modes et modes multiples	(128)	37
Total	**(328)**	**100%**

Le financement global et le financement par programme spécifique apparaissent comme les modalités de financement les plus répandues, alors que plus du tiers des centres ont recours à des modes multiples.

En résumé, ce chapitre a permis d'observer les faits suivants : les centres communautaires de santé et de services sociaux ont des budgets relativement modestes; l'importance des budgets varie principalement selon le statut public ou privé des centres et selon la nature des services fournis. On observe aussi que le financement provincial de source publique est plus important que celui provenant de diverses autres sources.

Chapitre 9

COMPARAISONS INTERPROVINCIALES

Dans les chapitres qui précèdent, l'importance du facteur provincial est ressorti régulièrement. Nous présentons ici les données spécifiques à chaque province. La structure des tableaux respecte généralement la structure générale de ce rapport, ce qui devrait en faciliter la compréhension. De plus, les tableaux provinciaux sont construits de façon identique, ce qui permet une comparaison des données relatives aux centres d'une province spécifique avec celles de l'ensemble des centres des autres provinces. Pour chaque variable, nous avons identifié les écarts statistiquement significatifs ainsi que le sens de la relation. Les tests statistiques utilisés ont permis de comparer chaque province avec l'ensemble des autres provinces. On peut déduire des écarts non significatifs que la donnée provinciale ne diffère pas de celle de l'ensemble des centres à l'étude dans les autres provinces.

Chaque tableau comprend cinquante données. Tour à tour, les résultats de chaque province ont été comparés à ceux de l'ensemble des centres à l'étude dans les autres provinces pour chacune de ces données. Nous les avons regroupées sous sept rubriques : caractéristiques générales, services, ressources humaines, accessibilité, participation, conseils d'administration, budgets. Comme il y a dix provinces, 500 comparaisons ont été faites; pour 360 ou 72% d'entre elles les écarts sont non significatifs. Il s'agit d'une première indication

du degré d'homogénéité des centres communautaires de services de santé et de services sociaux participant à l'étude. Les 368 centres étudiés partagent plusieurs caractéristiques en commun et leur degré de similitude indique que nous sommes en présence d'un nouveau type d'organisme identifié à l'approche communautaire et présent dans toutes les provinces.

Le présent chapitre ne relève que les différences significatives entre les centres à l'étude dans chaque province et ceux du reste du Canada.

TERRE-NEUVE

Sous plusieurs aspects les 16 centres de Terre-Neuve ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces, particulièrement au niveau des caractéristiques suivantes: caractéristiques générales, types de services offerts, accessibilité, composition des conseils d'administration, moyenne des budgets et récurrence de ces budgets.

Ils se distinguent toutefois par les aspects suivants :

- ils s'adressent davantage à des populations spécifiques;
- les centres, tant publics que privés, offrent uniquement des services sociaux ou des services intégrés, et ce, principalement à une population spécifique, s'ils ont un personnel rémunéré et bénévole moins nombreux;
- on y trouve un degré de participation de la population généralement moindre;
- les centres offrant des services sociaux et ceux qui s'adressent à une population spécifique ont un budget inférieur à celui observé pour les autres centres.

À Terre-Neuve, en 1986-1987, le ministère des Services sociaux a financé 91 organismes privés à but non lucratif offrant des services sociaux (11,1 millions). Il n'existe pas dans cette province une politique bien définie de soutien aux organismes communautaires de santé et de services sociaux et l'évaluation des organismes n'est ni systématique ni formelle. Les services communautaires sont mieux développés dans la capitale, mais peu nombreux ailleurs et dans les milieux ruraux.

Tableau 9.1

Comparaisons interprovinciales
Terre-Neuve[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	56		
De 11 à 20 ans	31	N.S.	
21 ans et plus	13		
Instance créatrice[2]			
Publique	12		
Privée	75	N.S.	
Publique et privée	13		
Statut des centres[2]			
Public	19	N.S.	
Organisme communautaire	81		Les centres Terre-Neuviens offrent plus fréquemment des services à des populations spécifiques
Population-cible[2]			
Totale	19		
Spécifique	81	,004	
Territoire desservi[2]			
Urbain	57		
Rural	21	N.S.	
Autre	22		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	71	N.S.	
Hétérogène	29		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	6		
Social uniquement	38	N.S.	
Santé et social	56		

Tableau 9.1 (suite)

Types de services[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	87		
Éducation à la santé	73		
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	67		
Participation à des coalitions	80		
Prévention primaire	53		
Mise sur pied de groupes communautaires	67		
Mise sur pied de groupes d'entraide	67		Aucune différence significative entre les services offerts à Terre-Neuve par rapport à l'ensemble des centres à l'étude
Travail de rue, dépistage	73		
Urgences mineures en santé	27		
Services psychosociaux	67		
Services de diagnostic	20		
Consultations psychosociales	47		
Services de réinsertion sociale	53		
Services médicaux spécialisés	---		
Services et soins à domicile	27		
Prêts de locaux	40		
Prêts de personnel	27		

Tableau 9.1 (suite)

Ressources humaines[2]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	4,0	N.S.	N = 1
Centres sociaux	3,8	,000	Inférieur
Centres de services intégrés	12,2	,002	Inférieur
Ensemble des centres de la province	**8,6**	**,000**	**Inférieur**
Organismes publics	2,3	,000	Inférieur
Organismes privés	10,0	,019	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	29,3	N.S.	N = 3
Centres offrant des services à une population spécifique	3,8	,000	Inférieur
Rémunérées (postes)	8,6	,000	Inférieur
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	15,1	,010	Inférieur

Tableau 9.1 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,5	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,6		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	3,5	,010	N = 4
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,8		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	8,9	N.S.	
Membres nommés	2,5	N.S.	
Citoyens	9,7	N.S.	
Autres participants	2,5	N.S.	
Ensemble des membres*	12,1	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.1 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	150 000	N.S.	N = 2
Centres privés	515 282	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	1 608 258	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	150 783	,000	Inférieur
Centres offrant des services de santé	230 000	N.S.	N = 1
Centres offrant des services sociaux	152 300	,001	Inférieur
Centres offrant des services intégrés	762 798	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**463 099**	**N.S.**	

Tableau 9.1 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	66,3	N.S.	
Pour l'ensemble	72,8		

(1) N = 16

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Les dix centres de l'Île-du-Prince-Édouard (tous privés à but non lucratif) ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : ancienneté, territoire desservi, nature des services offerts, types de services offerts, importance des ressources humaines dans les centres offrant des services à l'ensemble de la population, composition des conseils d'administration, budgets des centres offrant des services à une population territoriale et de ceux qui fournissent des services intégrés, taux de récurrence des budgets.

Ils se distinguent toutefois de l'ensemble des autres centres par les aspects suivants :

- la création des centres est due plus fréquemment à l'initiative commune des instances publiques et privées;
- ils offrent plus souvent des services à des populations spécifiques;
- ils ont affaire à des populations plus homogènes au plan ethnique;
- le nombre moyen de postes rémunérés est inférieur à la moyenne observée pour l'ensemble du pays sauf dans les centres offrant des services à l'ensemble de la population;
- la moyenne des budgets est inférieure en ce qui concerne les centres offrant des services sociaux et ceux qui s'adressent à une population spécifique;
- la moyenne des budgets des centres de cette province est inférieure à la moyenne observée pour l'ensemble du pays.

Tableau 9.2

Comparaisons interprovinciales
Île-du-Prince-Édouard[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	40		
De 11 à 20 ans	40	N.S.	
21 ans et plus	20		
Instance créatrice[2]			
Publique	---		Moins de privées et plus de publiques et privées
Privée	40	,02	
Publique et privée	60		
Statut des centres[2]			
Public	---	N.S.	
Organisme communautaire	100		
Population-cible[2]			
Totale	10	,04	Population spécifique plus élevée
Spécifique	90		
Territoire desservi[2]			
Urbain	70		
Rural	---	N.S.	
Autre	30		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	89	,04	Plus homogène
Hétérogène	11		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	---		
Social uniquement	70	N.S.	
Santé et social	30		

Tableau 9.2 (suite)

Types de services[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	75		
Éducation à la santé	75		
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	78		
Participation à des coalitions	89		
Prévention primaire	38		
Mise sur pied de groupes communautaires	38		
Mise sur pied de groupes d'entraide	63		Aucune différence significative avec l'ensemble
Travail de rue, dépistage	89		
Urgences mineures en santé	---		
Services psychosociaux	50		
Services de diagnostic	38		
Consultations psychosociales	57		
Services de réinsertion sociale	71		
Services médicaux spécialisés	14		
Services et soins à domicile	25		
Prêts de locaux	67		
Prêts de personnel	---		

Tableau 9.2 (suite)

Ressources humaines[23]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	---	---	
Centres sociaux	4,9	,000	Inférieur
Centres de services intégrés	9,7	,003	Inférieur
Ensemble des centres de la province	**6,3**	**,000**	**Inférieur**
Organismes publics	---	---	
Organismes privés	6,3	,000	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	6,0	N.S.	N = 1
Centres offrant des services à une population spécifique	6,3	,006	Inférieur
Rémunérées (postes)	6,3	,000	Inférieur
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	15,5	N.S.	

Tableau 9.2 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,4	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,6		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	3,0	N.S.	N = 2
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,8		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	6,3	N.S.	
Membres nommés	6,1	N.S.	
Citoyens	8,6	N.S.	
Autres participants	1,8	N.S.	
Ensemble des membres*	10,4	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.2 (suite)

Budgets (moyenne)[2]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	----------	-------	N = 0
Centres privés	222 530	,000	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	350 000	N.S.	N = 1
Centres offrant des services à une population spécifique	208 366	,047	Inférieur
Centres offrant des services de santé	----------	-------	N = 0
Centres offrant des services sociaux	149 185	,000	Inférieur
Centres offrant des services intégrés	393 666	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**222 530**	**,000**	**Inférieur**

Tableau 9.2 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	83	N.S.	
Pour l'ensemble	72		

(1) N = 10

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

NOUVELLE-ÉCOSSE

Les 34 centres de cette province partagent plusieurs aspects avec l'ensemble des centres ayant participé à l'étude: caractéristiques générales, types de services offerts, ressources humaines, accessibilité, composition des conseils d'administration (sauf pour les membres nommés), moyenne des budgets des centres publics et taux de récurrence des budgets pour tous les centres.

Cependant ils se distinguent des autres centres par les aspects suivants :

- la création des centres est due plus fréquemment à l'initiative d'instances privées;
- le nombre moyen de postes est inférieur (postes rémunérés);
- le nombre moyen de postes est inférieur dans les organismes communautaires privés ;
- la participation de la population à l'identification des besoins et à la prise de décision est plus faible;
- le nombre moyen de membres nommés aux conseils d'administration est plus élevé;
- la moyenne des budgets des centres privés est plus élevée que la moyenne générale pour les centres de ce type au Canada.

Tableau 9.3

Comparaisons interprovinciales
Nouvelle-Écosse[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	50		
De 11 à 20 ans	27	N.S.	
21 ans et plus	23		
Instance créatrice[3]			
Publique	---		Instance privée plus
Privée	68	,04	fréquente ainsi que
Publique et privée	32		"publique et privée"
Statut des centres[3]			
Public	18	N.S.	
Organisme communautaire	82		
Population-cible[3]			
Totale	35	N.S.	
Spécifique	65		
Territoire desservi[3]			
Urbain	50		
Rural	22	N.S.	
Autre	28		
Ethnie de la population[3]			
Homogène	56	N.S.	
Hétérogène	44		
Nature des services offerts[3]			
Santé uniquement	6		
Social uniquement	62	N.S.	
Santé et social	32		

Tableau 9.3 (suite)

Types de services[a]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	90		
Éducation à la santé	71		
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	52		
Participation à des coalitions	69		
Prévention primaire	66		
Mise sur pied de groupes communautaires	67		
Mise sur pied de groupes d'entraide	50		Aucune différence significative au plan des services
Travail de rue, dépistage	68		
Urgences mineures en santé	23		
Services psychosociaux	67		
Services de diagnostic	27		
Consultations psychosociales	63		
Services de réinsertion sociale	57		
Services médicaux spécialisés	10		
Services et soins à domicile	32		
Prêts de locaux	58		
Prêts de personnel	28		

Tableau 9.3 (suite)

Ressources humaines[2]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	17,0	N.S.	
Centres sociaux	12,2	N.S.	
Centres de services intégrés	21,0	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**15,3**	**,02**	**Inférieur**
Organismes publics	33,0	N.S.	
Organismes privés	11,5	,001	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	21,6	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	11,9	N.S.	
Rémunérées (postes)	15,3	,02	Inférieur
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	31,1	N.S.	

Tableau 9.3 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,9	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,5		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	5,4	,004	Plus faible que la moyenne
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,9		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	8,1	N.S.	Plus élevé
Membres nommés	5,7	,04	Plus élevé
Citoyens	12,4	N.S.	
Autres participants	3,8	N.S.	
Ensemble des membres*	15,1	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.3 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	1 253 333	N.S.	
Centres privés	421 291	,016	Plus élevé
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	871 882	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	422 993	N.S.	
Centres offrant des services de santé	820 500	N.S.	N = 2
Centres offrant des services sociaux	422 543	N.S.	
Centres offrant des services intégrés	838 171	N.S.	
Ensemble des centres de la province	577 299	N.S.	

Tableau 9.3 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	82,1	N.S.	
Pour l'ensemble	71,9		

(1) N = 34

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

NOUVEAU-BRUNSWICK

Les 43 centres du Nouveau-Brunswick ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : caractéristiques générales, majorité des types de services offerts, ressources humaines dans les centres privés offrant des services de santé ou des services sociaux à une population spécifique, accessibilité, participation de la population, composition des conseils d'administration, moyenne des budgets dans les centres offrant des services de santé ou des services sociaux à une population spécifique, taux de récurrence des budgets dans tous les centres. Cependant, ils se distinguent des autres centres par les aspects suivants :

- les services suivants sont offerts moins fréquemment : information et référence, organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique, participation à des coalitions, mise sur pied de groupes communautaires, services psychosociaux en situation de crise, consultations psychosociales;
- dans les centres publics offrant des services intégrés à une population territoriale, le nombre moyen de postes est inférieur (postes rémunérés et personnes bénévoles);
- la moyenne des budgets de l'ensemble des centres est inférieure à la moyenne observée pour les autres centres;
- les budgets moyens sont inférieurs en ce qui concerne les centres offrant des services à l'ensemble de la population et ceux qui fournissent des services intégrés.

La proportion des centres polyvalents offrant des services intégrés est parmi les plus faibles, comme c'est le cas pour les centres étudiés en Colombie-Britannique.

Tableau 9.4

Comparaisons interprovinciales
Nouveau-Brunswick[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	74		
De 11 à 20 ans	15	N.S.	
21 ans et plus	11		
Instance créatrice[2]			
Publique	12		
Privée	63	N.S.	
Publique et privée	25		
Statut des centres[2]			
Public	16	N.S.	
Organisme communautaire	84		
Population-cible[2]			
Totale	56	N.S.	
Spécifique	44		
Territoire desservi[2]			
Urbain	42		
Rural	26	N.S.	
Autre	32		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	64	N.S.	
Hétérogène	36		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	14		
Social uniquement	60	N.S.	
Santé et social	26		

Tableau 9.4 (suite)

Types de services[a]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	80	,006	Moins fréquent
Éducation à la santé	66	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	37	,008	Moins fréquent
Participation à des coalitions	37	,001	Moins fréquent
Prévention primaire	66	N.S.	
Mise sur pied de groupes communautaires	42	,000	
Mise sur pied de groupes d'entraide	61	N.S.	
Travail de rue, dépistage	53	N.S.	
Urgences mineures en santé	32	N.S.	
Services psychosociaux	45	,000	Moins fréquent
Services de diagnostic	27	N.S.	
Consultations psychosociales	39	,000	Moins fréquent
Services de réinsertion sociale	54	N.S.	
Services médicaux spécialisés	8	N.S.	
Services et soins à domicile	38	N.S.	
Prêts de locaux	48	N.S.	
Prêts de personnel	35	N.S.	

Tableau 9.4 (suite)

Ressources humaines[a]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	23,5	N.S.	
Centres sociaux	13,2	N.S.	
Centres de services intégrés	21,3	,03	Inférieur
Ensemble des centres de la province	**16,4**	**,03**	**Inférieur**
Organismes publics	14,7	,001	Inférieur
Organismes privés	16,7	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	16,3	,001	Inférieur
Centres offrant des services à une population spécifique	16,5	N.S.	
Rémunérées (postes)	16,4	,03	Inférieur
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	21,7	,05	Inférieur

Tableau 9.4 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,1	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,6		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	8,3	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,8		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	6,6	N.S.	
Membres nommés	4,9	N.S.	
Citoyens	11,8	N.S.	
Autres participants	2,3	N.S.	
Ensemble des membres*	14,0	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.4 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	294 666	,000	Inférieur
Centres privés	361 770	,005	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	301 776	,000	Inférieur
Centres offrant des services à une population spécifique	415 725	N.S.	
Centres offrant des services de santé	652 963	N.S.	
Centres offrant des services sociaux	284 795	N.S.	
Centres offrant des services intégrés	354 130	,000	Inférieur
Ensemble des centres de la province	**351 446**	**,000**	**Inférieur**

Tableau 9.4 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	66,3	N.S.	
Pour l'ensemble	72,8		

(1) N = 43

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

QUÉBEC

Les 60 centres du Québec ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : populations-cibles et territoires desservis, une minorité de types de services, ressources humaines (rémunérées et bénévoles) sauf dans les centres publics et ceux qui offrent des services à une population territoriale, accessibilité, participation, composition des conseils d'administration (sauf pour les membres nommés).

Les 60 centres québécois se distinguent des autres centres étudiés par les aspects suivants :

- la moyenne d'âge des centres est moins élevée;
- la création des centres est due plus fréquemment à l'initiative d'instances publiques;
- la moyenne des centres ayant un statut public est supérieure;
- les centres ont affaire à des populations plus homogènes au plan ethnique;
- la moyenne des centres offrant des services intégrés est plus élevée;
- les services suivants sont offerts plus fréquemment: prévention primaire, mise sur pied de groupes communautaires et de groupes d'entraide, urgences mineures dans le domaine de la santé, services psychosociaux en situation de crise, consultations psychosociales, services de réinsertion sociale, services et soins à domicile, prêts de locaux à des groupes communautaires;
- le travail de rue et le dépistage y sont offerts moins fréquemment;
- le nombre moyen de postes est supérieur dans les organismes publics et dans les centres offrant des services à l'ensemble de la population; il est inférieur dans les centres privés;
- le nombre moyen de membres nommés aux conseils d'administration est moins élevé;
- les budgets moyens sont supérieurs dans les centres publics et dans ceux qui offrent des services à l'ensemble de la population; ils sont inférieurs dans les centres privés, dans les centres offrant des services à une

population spécifique et dans les centres offrant des services sociaux;

- le taux moyen de récurrence des budgets est moins élevé.

Le phénomène le plus marquant au Québec est la présence, sur tout le territoire, de Centres locaux de services communautaires, organismes communautaires para-publics. La faiblesse relative du secteur communautaire privé à but non lucratif s'explique en partie par l'importance de l'investissement public dans le secteur communautaire public.

Tableau 9.5

Comparaisons interprovinciales
Québec[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	52		
De 11 à 20 ans	43	,01	Plus jeune
21 ans et plus	5		
Instance créatrice[2]			
Publique	25		
Privée	60	,01	Public plus élevé
Publique et privée	15		
Statut des centres[2]			
Public	30	,002	Public plus élevé
Organisme communautaire	70		
Population-cible[2]			
Totale	38	N.S.	
Spécifique	62		
Territoire desservi[2]			
Urbain	58		
Rural	12	N.S.	
Autre	30		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	85	,000	Plus homogène
Hétérogène	15		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	5		
Social uniquement	43	,04	Plus intégré
Santé et social	52		

Tableau 9.5 (suite)

Types de services[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	94	N.S.	
Éducation à la santé	86	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	70	N.S.	
Participation à des coalitions	67	N.S.	
Prévention primaire	85	,04	Plus fréquent
Mise sur pied de groupes communautaires	89	,000	Plus fréquent
Mise sur pied de groupes d'entraide	84	,004	Plus fréquent
Travail de rue, dépistage	47	,01	Moins fréquent
Urgences mineures en santé	57	,004	Plus fréquent
Services psychosociaux	90	,001	Plus fréquent
Services de diagnostic	47	N.S.	
Consultations psychosociales	87	,001	Plus fréquent
Services de réinsertion sociale	79	,009	Plus fréquent
Services médicaux spécialisés	10	N.S.	
Services et soins à domicile	70	,000	Plus fréquent
Prêts de locaux	71	,03	Plus fréquent
Prêts de personnel	45	N.S.	

Tableau 9.5 (suite)

Ressources humaines[2]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	35,7	N.S.	
Centres sociaux	11,2	N.S.	
Centres de services intégrés	44,8	N.S.	
Ensemble des centres de la province	29,9	N.S.	
Organismes publics	68,7	,000	Supérieur
Organismes privés	13,1	N.S.	,06 Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	57,4	,004	Supérieur
Centres offrant des services à une population spécifique	12,6	N.S.	
Rémunérées (postes)	29,8	N.S.	
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	31,4	N.S.	

Tableau 9.5 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,3	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,6		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	10,7	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,7		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	7,7	N.S.	
Membres nommés	2,5	,03	Inférieur
Citoyens	7,4	N.S.	
Autres participants	3,5	N.S.	
Ensemble des membres*	10,9	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.5 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	2 380 883	,000	Supérieur
Centres privés	214 286	,000	Inférieur
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	2 063 119	,001	Supérieur
Centres offrant des services à une population spécifique	161 924	,000	Inférieur
Centres offrant des services de santé	179 882	N.S.	
Centres offrant des services sociaux	143 970	,000	Inférieur
Centres offrant des services intégrés	1 568 103	N.S.	
Ensemble des centres de la province	936 485	N.S.	

Tableau 9.5 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	50,5	,000	Inférieur
Pour l'ensemble	78,0		

(1) N = 60

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

ONTARIO

Les 49 centres de l'Ontario ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : l'ensemble des caractéristiques générales (hormis l'ancienneté et les territoires desservis), les types de services offerts, les ressources humaines, l'accessibilité, la participation, la composition des conseils d'administration et la moyenne des budgets.

Les 49 centres ontariens se distinguent des autres centres étudiés par les aspects particuliers suivants :

- la moyenne d'âge des centres est plus élevée;
- la représentation du milieu rural est moins élevée;
- les services suivants sont offerts plus fréquemment: organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique, prévention primaire, services médicaux spécialisés, services et soins à domicile;
- le nombre moyen de postes dans les centres de services sociaux est plus élevé;
- le nombre moyen de membres nommés aux conseils d'administration est plus élevé;
- la moyenne des budgets de l'ensemble des centres est un peu supérieure, surtout celle des centres offrant des services sociaux;
- le pourcentage moyen de récurrence des budgets est plus élevé que la moyenne observée pour l'ensemble des autres centres à l'étude.

Les services de santé et les services sociaux communautaires de l'Ontario semblent bénéficier de la richesse relative de cette province. Cependant, le fait que deux ministères distincts se partagent la responsabilité des services de santé et des services sociaux ne favorise pas leur intégration au niveau des communautés. Les deux ministères ont des philosophies, des approches et des expériences différentes en matière de services communautaires, même si chacun veut promouvoir un système diversifié pour une population hétérogène et maximiser l'efficacité et l'efficience des services. Traditionnellement, et probablement plus qu'ailleurs au Canada, les municipalités sont impliquées dans la livraison des services communautaires et fournissent même un certain pourcentage (20 à 25%) du financement de ces services. Les

centres communautaires de santé en Ontario demeurent un phénomène marginal dans la mesure où en 1982, la Commission Mustard estimait que ceux-ci ne desservaient qu'environ 2,5% de la population. Le développement des organisations de services de santé (HSO), regroupant des médecins de pratique privée, apparaît comme le principal obstacle au développement des centres communautaires de santé en Ontario.

Quant au ministère des Services sociaux communautaires, il finance annuellement environ 1 800 agences ou organismes privés à but non lucratif. La loi du ministère prévoit divers types de services, dont les services sociaux communautaires d'appoint, qui ne sont pas centrés sur l'individu, mais qui visent à améliorer le support social des populations à risque. Ce concept fournit une base au développement des services sociaux communautaires tels que définis dans cette étude.

Tableau 9.5

Comparaisons interprovinciales
Ontario[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	25		
De 11 à 20 ans	47	,03	Plus âgés
21 ans et plus	28		
Instance créatrice[2]			
Publique	16		
Privée	59	N.S.	
Publique et privée	25		
Statut des centres[2]			
Public	12	N.S.	
Organisme communautaire	88		
Population-cible[2]			
Totale	59	N.S.	
Spécifique	41		
Territoire desservi[2]			
Urbain	67		
Rural	2	,01	Moins de rural
Autre	31		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	40	N.S.	
Hétérogène	60		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	16		
Social uniquement	53	N.S.	
Santé et social	31		

Tableau 9.6 (suite)

Types de services[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	95	N.S.	
Éducation à la santé	87	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	77	,04	Plus fréquent
Participation à des coalitions	74	N.S.	
Prévention primaire	87	,02	Plus fréquent
Mise sur pied de groupes communautaires	74	N.S.	
Mise sur pied de groupes d'entraide	70	N.S.	
Travail de rue, dépistage	52	N.S.	
Urgences mineures en santé	52	N.S.	
Services psychosociaux	78	N.S.	
Services de diagnostic	54	N.S.	
Consultations psychosociales	75	N.S.	
Services de réinsertion sociale	52	N.S.	
Services médicaux spécialisés	27	,01	Plus fréquent
Services et soins à domicile	68	,000	Plus fréquent
Prêts de locaux	55	N.S.	
Prêts de personnel	49	N.S.	

Tableau 9.6 (suite)

Ressources humaines[a]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	25,1	N.S.	
Centres sociaux	21,8	,04	Supérieur
Centres de services intégrés	64,0	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**35,2**	**N.S.**	
Organismes publics	32,5	N.S.	
Organismes privés	35,6	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	45,1	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	21,0	N.S.	
Rémunérées (postes)	35,2	N.S.	
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	26,8	N.S.	

Tableau 9.6 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	13,1	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,5		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	10,9	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,6		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	7,6	N.S.	
Membres nommés	5,6	,009	Plus élevé
Citoyens	10,8	N.S.	
Autres participants	12,8	N.S.	
Ensemble des membres*	13,7	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.6 (suite)

Budgets (moyenne)[29]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	2 042 629	N.S.	
Centres privés	1 362 691	N.S.	,072
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	1 902 012	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	750 393	N.S.	
Centres offrant des services de santé	2 509 401	N.S.	
Centres offrant des services sociaux	734 885	,04	Supérieur
Centres offrant des services intégrés	1 985 724	N.S.	
Ensemble des centres de la province	1 451 379	,05	Supérieur

Tableau 9.6 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	92	,000	% moyen de récurrence plus élevé
Pour l'ensemble	69		

(1) N = 49

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

MANITOBA

Les 41 centres du Manitoba ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : caractéristiques générales d'ancienneté, de statut, de population-cible et de nature de services offerts; types de services offerts, ressources humaines, accessibilité, composition des conseils d'administration, moyenne des budgets et taux moyen de récurrence des budgets.

Les 41 centres manitobains se distinguent des autres centres étudiés par les aspects particuliers suivants :

- la création des centres est plutôt due à l'initiative d'instances à la fois publiques et privées agissant de façon concertée;
- la représentation du milieu urbain est plus élevée;
- les populations sont plus hétérogènes au plan ethnique;
- les services ou soins à domicile sont offerts moins fréquemment;
- le nombre moyen de postes dans les centres publics est inférieur à la moyenne de l'ensemble;
- la participation de la population à l'évaluation des besoins et à la prise de décision est plus élevée;
- les budgets moyens des centres offrant des services sociaux sont plus élevés.

Le développement des services communautaires de santé et de services sociaux aurait subi un ralentissement depuis les cinq dernières années. Au Manitoba, la question principale ne serait pas de savoir qui, du gouvernement ou de la communauté, contrôle les services; ce qui prime comme volonté, c'est l'accessibilité des services à la population, c'est de rendre les services là où ils sont requis. Même s'il y a deux ministères, dans les bureaux le personnel de services sociaux et de santé est intégré. Dans les milieux ruraux les centres sont polyvalents.

Tableau 9.7

Comparaisons interprovinciales
Manitoba[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	37		
De 11 à 20 ans	38	N.S.	
21 ans et plus	25		
Instance créatrice[2]			
Publique	05		Moins publiques et davantage "publiques et privées"
Privée	58	,05	
Publique et privée	37		
Statut des centres[2]			
Public	8	N.S.	
Organisme communautaire	92		
Population-cible[2]			
Totale	44	N.S.	
Spécifique	56		
Territoire desservi[2]			
Urbain	73		Plus urbains seulement et moins mixtes
Rural	20	,006	
Autre	7		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	33	,03	Plus hétérogène
Hétérogène	67		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	---		
Social uniquement	58	N.S.	
Santé et social	42		

Tableau 9.7 (suite)

Types de services[a]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	95	N.S.	
Éducation à la santé	70	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	59	N.S.	
Participation à des coalitions	68	N.S.	
Prévention primaire	76	N.S.	
Mise sur pied de groupes communautaires	60	N.S.	
Mise sur pied de groupes d'entraide	54	N.S.	
Travail de rue, dépistage	77	N.S.	
Urgences mineures en santé	31	N.S.	
Services psychosociaux	65	N.S.	
Services de diagnostic	42	N.S.	
Consultations psychosociales	70	N.S.	
Services de réinsertion sociale	72	N.S.	
Services médicaux spécialisés	12	N.S.	
Services et soins à domicile	25	,03	Moins fréquent
Prêts de locaux	58	N.S.	
Prêts de personnel	53	N.S.	

Tableau 9.7 (suite)

Ressources humaines[a]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	—	—	
Centres sociaux	19,7	N.S.	
Centres de services intégrés	31,7	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**24,4**	**N.S.**	
Organismes publics	18,3	,03	Inférieur N = 3
Organismes privés	24,5	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	31,5	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	18,8	N.S.	
Rémunérées (postes)	24,4	N.S.	
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	29,2	N.S.	

Tableau 9.7 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,8	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,5		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	13,1	,010	Supérieur
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,2		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	10,8	N.S.	
Membres nommés	2,4	N.S.	
Citoyens	10,4	N.S.	
Autres participants	3,8	N.S.	
Ensemble des membres*	13,5	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.7 (suite)

Budgets (moyenne)[25]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	967 191	N.S.	N = 2
Centres privés	1 085 148	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	1 289 992	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	876 152	N.S.	
Centres offrant des services de santé	---------	---	Aucun centre de ce type
Centres offrant des services sociaux	965 465	,05	Supérieur
Centres offrant des services intégrés	1 213 335	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**1 067 155**	**N.S.**	

Tableau 9.7 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[3]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	77,7	N.S.	
Pour l'ensemble	72,0		

(1) N = 41

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

SASKATCHEWAN

Les 44 centres de la Saskatchewan ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : statuts des centres et territoires desservis, majorité des types de services offerts, ressources bénévoles, accessibilité, participation, moyenne des budgets des centres privés, taux moyen de récurrence des budgets.

Les 44 centres de cette province se distinguent des autres centres étudiés par les aspects particuliers suivants :

- la moyenne d'âge des centres est moins élevée;
- la création des centres est due plus fréquemment à l'initiative d'instances publiques et moins souvent à celle d'instances privées;
- les centres offrent plus fréquemment des services à l'ensemble de la population;
- les populations sont plus hétérogènes au plan ethnique;
- la moyenne des centres offrant uniquement des services intégrés est plus élevée; celle des centres offrant uniquement des services sociaux est moins élevée;
- les services suivants sont offerts moins fréquemment : participation à des coalitions, mise sur pied de groupes d'entraide, travail de rue et dépistage, services de réinsertion sociale;
- le nombre moyen de postes rémunérés dans l'ensemble des centres est moins élevé (sauf dans les centres de santé);
- le nombre moyen de membres nommés aux conseils d'administration est moins élevé;
- la moyenne des budgets de l'ensemble des centres est inférieure.

Le ministère de la Santé a choisi de livrer les soins et services à domicile selon une approche communautaire, ce qui se reflète dans nos données par la proportion significative d'organismes communautaires publics de santé dans cette province.

Tableau 9.8

Comparaisons interprovinciales
Saskatchewan[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	71		
De 11 à 20 ans	18	,000	Plus jeunes
21 ans et plus	11		
Instance créatrice[2]			
Publique	27		Plus publiques et moins privées
Privée	46	,01	
Publique et privée	27		
Statut des centres[2]			
Public	25	N.S.	
Organisme communautaire	75		
Population-cible[2]			
Totale	63	,02	Plus "totale"
Spécifique	37		
Territoire desservi[2]			
Urbain	46		
Rural	20	N.S.	
Autre	34		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	35	,04	Plus hétérogène
Hétérogène	65		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	16		Plus intégrés moins "social uniquement"
Social uniquement	29	,005	
Santé et social	55		

Tableau 9.8 (suite)

Types de services[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	98	N.S.	
Éducation à la santé	80	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	44	N.S.	
Participation à des coalitions	46	,04	Moins fréquent
Prévention primaire	62	N.S.	
Mise sur pied de groupes communautaires	60	N.S.	
Mise sur pied de groupes d'entraide	49	,03	Moins fréquent
Travail de rue, dépistage	50	,04	Moins fréquent
Urgences mineures en santé	40	N.S.	
Services psychosociaux	64	N.S.	
Services de diagnostic	49	N.S.	
Consultations psychosociales	65	N.S.	
Services de réinsertion sociale	41	,007	Moins fréquent
Services médicaux spécialisés	7	N.S.	
Services et soins à domicile	55	N.S.	
Prêts de locaux	55	N.S.	
Prêts de personnel	35	N.S.	

Tableau 9.8 (suite)

Ressources humaines[a]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	17,6	N.S.	
Centres sociaux	5,8	,000	Inférieur
Centres de services intégrés	20,8	,03	Inférieur
Ensemble des centres de la province	**15,9**	**,039**	**Inférieur**
Organismes publics	18,1	,000	Inférieur
Organismes privés	15,1	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	21,1	,02	Inférieur
Centres offrant des services à une population spécifique	7,5	,01	Inférieur
Rémunérées (postes)	15,9	,039	Inférieur
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	45,2	N.S.	

Tableau 9.8 (suite)

L'accessibilité[a]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	11,8	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,7		

Participation[a]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	9,0	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,7		

Composition des conseils d'administration[a]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	9,3	N.S.	
Membres nommés	1,5	,01	Inférieur
Citoyens	9,6	N.S.	
Autres participants	1,8	,02	Inférieur
Ensemble des membres*	11,2	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.8 (suite)

Budgets (moyenne)[28]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	300 546	,000	Inférieur
Centres privés	545 921	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	697 313	,03	Inférieur
Centres offrant des services à une population spécifique	127 878	,000	Inférieur
Centres offrant des services de santé	171 357	,01	Inférieur
Centres offrant des services sociaux	140 120	,000	Inférieur
Centres offrant des services intégrés	785 817	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**484 577**	**,03**	**Inférieur**

Tableau 9.8 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	70,5	N.S.	
Pour l'ensemble	72,8		

(1) N = 44

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

ALBERTA

Les 33 centres de l'Alberta ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes: caractéristiques générales (sauf nature des services offerts), accessibilité, participation, composition des conseils d'administration (sauf membres élus), moyenne des budgets et taux moyen de récurrence des budgets.

Les 33 centres albertains se distinguent des autres centres étudiés par les aspects particuliers suivants :

- la proportion des centres offrant des services de santé est plus élevée;
- le travail de rue et le dépistage sont plus fréquemment offerts; les services et soins à domicile le sont moins souvent;
- le nombre moyen de personnes bénévoles est supérieur à celui observé pour l'ensemble des centres;
- le nombre moyen de membres élus aux conseils d'administration est supérieur à l'ensemble.

La loi qui vise à soutenir la vie familiale et communautaire (FCSS) constitue un modèle permettant de financer les services communautaires selon le niveau d'implication des municipalités. C'est une législation très flexible qui comprend des aspects préventifs et favorise l'implication des communautés dans l'identification des problèmes et l'élaboration des solutions. Cependant, la faiblesse du financement consenti pour appliquer cette loi constitue le frein principal à son efficacité.

Tableau 9.9

Comparaisons interprovinciales
Alberta[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	39		
De 11 à 20 ans	16	N.S.	
21 ans et plus	45		
Instance créatrice[2]			
Publique	9		
Privée	70	N.S.	
Publique et privée	21		
Statut des centres[2]			
Public	9	N.S.	
Organisme communautaire	91		
Population-cible[2]			
Totale	39	N.S.	
Spécifique	61		
Territoire desservi[2]			
Urbain	64		
Rural	18	N.S.	
Autre	18		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	36	N.S.	
Hétérogène	64		
Nature des services offerts[2]			Représentation plus élevée de centres offrant des services de santé
Santé uniquement	21		
Social uniquement	52	,05	
Santé et social	27		

Tableau 9.9 (suite)

Types de services[20]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	94	N.S.	
Éducation à la santé	73	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	48	N.S.	
Participation à des coalitions	50	N.S.	
Prévention primaire	81	N.S.	
Mise sur pied de groupes communautaires	59	N.S.	
Mise sur pied de groupes d'entraide	67	N.S.	
Travail de rue, dépistage	90	,004	Supérieur
Urgences mineures en santé	36	N.S.	
Services psychosociaux	74	N.S.	
Services de diagnostic	34	N.S.	
Consultations psychosociales	58	N.S.	
Services de réinsertion sociale	58	N.S.	
Services médicaux spécialisés	10	N.S.	
Services et soins à domicile	20	,01	Inférieur
Prêts de locaux	60	N.S.	
Prêts de personnel	30	N.S.	

Tableau 9.9 (suite)

Ressources humaines[a]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	33,3	N.S.	
Centres sociaux	12,6	N.S.	
Centres de services intégrés	44,0	N.S.	
Ensemble des centres de la province	25,5	N.S.	
Organismes publics	46,3	N.S.	
Organismes privés	23,5	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	47,1	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	11,6	N.S.	
Rémunérées (postes)	25,5	N.S.	
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	101,5	,03	Supérieur

Tableau 9.9 (suite)

L'accessibilité[a]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	13,2	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,5		

Participation[a]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	11,5	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,6		

Composition des conseils d'administration[a]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	10,8	,04	Supérieur
Membres nommés	2,8	N.S.	
Citoyens	10,4	N.S.	
Autres participants	2,2	N.S.	
Ensemble des membres*	12,6	N.S.	

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.9 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	1 546 666	N.S.	
Centres privés	932 040	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	1 621 746	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	557 182	N.S.	
Centres offrant des services de santé	1 253 230	N.S.	
Centres offrant des services sociaux	421 340	N.S.	
Centres offrant des services intégrés	1 887 444	N.S.	
Ensemble des centres de la province	989 661	N.S.	

Tableau 9.9 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	71,6	N.S.	
Pour l'ensemble	72,7		

(1) N = 33

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Les 37 centres de la Colombie-Britannique ressemblent à l'ensemble des centres des autres provinces au niveau des caractéristiques suivantes : caractéristiques générales (sauf ethnicité des populations desservies), majorité des types de services offerts, ressources humaines, accessibilité, participation, moyenne des budgets et taux moyen de récurrence des budgets.

Les 37 centres de la Colombie-Britannique se distinguent des autres centres étudiés par les aspects particuliers suivants:

- les populations desservies sont plus hétérogènes au plan ethnique;
- la mise sur pied de groupes communautaires ainsi que le travail de rue et de dépistage sont plus fréquents dans cette province que pour l'ensemble des centres à l'étude;
- les services d'urgences mineures dans le domaine de la santé et les services ou soins à domicile sont moins fréquents dans les centres communautaires de cette province que dans l'ensemble des centres à l'étude;
- le nombre total de membres et le nombre moyen de membres nommés aux conseils d'administration sont moins élevés que dans l'ensemble des autres centres à l'étude.

Tableau 9.10

Comparaisons interprovinciales
Colombie-Britannique[1]

Caractéristiques	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Ancienneté[2]			
De 1 à 10 ans	41		
De 11 à 20 ans	43	N.S.	
21 ans et plus	16		
Instance créatrice[2]			
Publique	11		
Privée	78	N.S.	
Publique et privée	11		
Statut des centres[2]			
Public	5	N.S.	
Organisme communautaire	95		
Population-cible[2]			
Totale	49	N.S.	
Spécifique	51		
Territoire desservi[2]			
Urbain	46		
Rural	16	N.S.	
Autre	38		
Ethnie de la population[2]			
Homogène	22	,000	Plus hétérogène
Hétérogène	78		
Nature des services offerts[2]			
Santé uniquement	6		
Social uniquement	70	N.S.	
Santé et social	24		

Tableau 9.10 (suite)

Types de services[a]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Information et référence	97	N.S.	
Éducation à la santé	75	N.S.	
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique	71	N.S.	
Participation à des coalitions	69	N.S.	
Prévention primaire	64	N.S.	
Mise sur pied de groupes communautaires	86	,01	Plus fréquent
Mise sur pied de groupes d'entraide	76	N.S.	
Travail de rue, dépistage	82	,05	Plus fréquent
Urgences mineures en santé	16	,02	Moins fréquent
Services psychosociaux	80	N.S.	
Services de diagnostic	24	N.S.	
Consultations psychosociales	68	N.S.	
Services de réinsertion sociale	72	N.S.	
Services médicaux spécialisés	6	N.S.	
Services et soins à domicile	19	,007	Moins fréquent
Prêts de locaux	47	N.S.	
Prêts de personnel	32	N.S.	

Tableau 9.10 (suite)

Ressources humaines[2]	Nombre moyen par centre	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres de santé	82,5	N.S.	N = 2
Centres sociaux	21,4	N.S.	
Centres de services intégrés	83,2	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**39,8**	**N.S.**	
Organismes publics	82,5	N.S.	N = 2
Organismes privés	37,3	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population	48,2	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	31,7	N.S.	
Rémunérées (postes)	39,8	N.S.	
Bénévoles, non rémunérées (personnes)	52,4	N.S.	

Tableau 9.10 (suite)

L'accessibilité[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	12,7	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	12,5		

Participation[2]	Cote	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Cote de la province sur l'indice	11,4	N.S.	
Cote de l'ensemble des centres sur l'indice	10,6		

Composition des conseils d'administration[2]	Nombre moyen	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Membres élus	7,3	N.S.	
Membres nommés	1,9	,02	Inférieur
Citoyens	7,6	N.S.	
Autres participants	1,0	,05	Inférieur
Ensemble des membres*	9,3	,03	Inférieur

* Le total ne correspond pas toujours à la somme des variables considérées en raison de données manquantes dans les questionnaires.

Tableau 9.10 (suite)

Budgets (moyenne)[a]	$	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Centres publics	----------	----	
Centres privés	814 353	N.S.	
Centres offrant des services à l'ensemble de la population d'un territoire	949 046	N.S.	
Centres offrant des services à une population spécifique	694 626	N.S.	
Centres offrant des services de santé	----------	----	
Centres offrant des services sociaux	451 320	N.S.	
Centres offrant des services intégrés	1 822 777	N.S.	
Ensemble des centres de la province	**814 353**	**N.S.**	

Tableau 9.10 (suite)

% moyen de récurrence des budgets[2]	%	Différence par rapport à l'ensemble	Commentaires
Pour la province	75,1	N.S.	
Pour l'ensemble	72,3		

(1) N = 37

(2) T-Test utilisé pour analyser les différences de moyennes entre la province et l'ensemble des autres centres (variables numériques continues)

(3) χ^2 utilisé pour analyser les différences (variables nominales)

En conclusion à ce chapitre, on peut signaler que les écarts non significatifs sont surtout concentrés sous les rubriques suivantes : composition des conseils d'administration, accessibilité, types de services, caractéristiques générales et participation.

Même si les centres à l'étude comptent plusieurs éléments communs, ceci n'élimine pas certaines différences inter provinciales au niveau du nombre moyen de postes et de l'importance des budgets, donc des variables qui déterminent la taille des organismes. Généralement, les centres qui disposent des plus petits budgets et qui comptent le moins de personnel se retrouvent dans les provinces de l'Atlantique et en Saskatchewan. Peu de provinces se démarquent de l'ensemble de façon statistiquement significative sur le plan des budgets et du personnel. Cependant, quelques-unes le font. En Ontario, la moyenne générale des budgets est plus élevée que celle de l'ensemble des autres centres à l'étude; la moyenne des budgets des centres offrant des services sociaux ainsi que le pourcentage moyen de récurrence des budgets sont aussi plus élevés. Au Manitoba, l'écart entre les budgets des centres offrant des services sociaux et ceux de l'ensemble des autres centres est significatif à ,05. Au Québec, les centres publics, ce qui reflète la réalité du réseau des CLSC, ont un nombre de postes et des budgets plus élevés; par ailleurs, les organismes communautaires privés y ont significativement moins de personnel et des plus petits budgets que l'ensemble des autres centres comparables dans l'étude.

Chapitre 10

PERSPECTIVES

Dans les chapitres précédents, les données présentées sont toutes objectives; elles font référence à des faits vérifiables (par exemple: nombre d'années d'existence, nombre des membres du personnel et des bénévoles, importance des budgets). Le questionnaire comprenait aussi certaines questions d'opinion et de perception qui, sans avoir l'objectivité des premières, permettent quand même de mieux comprendre le phénomène à l'étude. Ce chapitre porte sur des questions de cette nature. Il fournit, entre autres, de l' information et une analyse relatives à la perception qu'ont les répondants du rôle et des responsabilités des gouvernements à l'endroit des services communautaires de santé et de services sociaux.

Le rôle du gouvernement

Dans le tableau présenté à la page suivante, les répondants se prononcent sur un ensemble d'énoncés qui décrit le rôle que le gouvernement devrait adopter à leur endroit (tableau 10.1).

Tableau 10.1

Variable	Énoncés	En accord		En désaccord		Pas d'opinion		Total	
		(n).	%	(n)	%	(n)	%	(n).	%
029	Le gouvernement devrait fournir un cadre juridique spécifique aux centres de services communautaires, se limitant aux orientations, objectifs et critères généraux de tels centres, afin de marquer officiellement leur reconnaissance	182	60	78	26	44	14	286	100
030	Au niveau opérationnel local, le gouvernement devrait définir les stratégies d'action et les programmes spécifiques	179	55	29	9	120	36	328	100
031	Le gouvernement devrait déléguer des pouvoirs réels et significatifs aux conseils d'administration des centres	214	68	60	19	42	13	316	100
032	La loi et l'ordre public étant saufs, le gouvernement devrait laisser agir la loi de l'offre et de la demande entre les professionnels de la santé ou des services sociaux et les clients	135	42	108	33	80	25	323	100
033	Le gouvernement devrait fournir100% du financement des centres	128	40	163	51	26	9	317	100
034	Le gouvernement devrait fournir un financement supérieur à 50% du budget total des centres	218	73	57	19	23	8	298	100
035	Le gouvernement devrait fournir un financement inférieur à 50% du budget total des centres	30	10	245	81	28	9	303	100
036	Le gouvernement devrait nommer la majorité des membres des conseils d'administration des centres	4	1	314	94	17	5	325	100
037	Le gouvernement devrait nommer seulement une minorité des membres des conseils d'administration des centres	50	15	247	76	29	9	326	100
038	Le gouvernement devrait être complètement absent du processus de nomination des membres des conseils d'administration	254	78	49	15	22	7	325	100

Les énoncés ont été formulés pour "opérationnaliser" trois attitudes possibles relatives aux responsabilités gouvernementales. Certains énoncés reflètent une attitude "néo-libérale", d'autres, une attitude "socio-institutionnelle", d'autres, une attitude "socio-communautaire", telles que définies au chapitre 1 de la présente étude.

Trois énoncés ont été utilisés pour illustrer *l'approche néo-libérale:*

- le gouvernement devrait laisser agir la loi de l'offre et de la demande entre les professionnels et les clients;
- le gouvernement devrait fournir un financement inférieur à 50% du budget total des centres;
- le gouvernement devrait être totalement absent du processus de nomination des membres des conseils d'administration.

Il s'agit là d'une vision de "moindre gouvernement" qui s'harmonise avec certaines politiques actuelles de privatisation des services.

Quant à *l'approche socio-institutionnelle*, elle a été traduite dans les énoncés suivants :

- le gouvernement devrait définir les stratégies d'action et les programmes spécifiques;
- le gouvernement devrait fournir 100% du financement des centres;
- le gouvernement devrait nommer la majorité des membres des conseils d'administration.

C'est une vision où l'État intervient massivement dans le communautaire et le dirige selon ses propres priorités tout en assurant le financement total du secteur.

L'approche socio-communautaire se situe dans une position intermédiaire entre les deux positions précédentes. Elle se traduit dans les énoncés suivants :

- le gouvernement devrait fournir un cadre juridique spécifique aux centres communautaires afin de marquer officiellement leur reconnaissance;
- le gouvernement devrait déléguer des pouvoirs réels et significatifs aux conseils d'administration;
- le gouvernement devrait fournir un financement supérieur à 50% du budget total des centres;
- le gouvernement devrait nommer seulement une

minorité des membres des conseils d'administration.

Cette position reconnaît un rôle limité au gouvernement sans préconiser le laisser-faire comme dans l'approche néo-libérale; elle veut aussi aménager des aires d'autonomie au niveau local et communautaire. Le financement public devrait être important et suffisant pour soutenir l'action au niveau local et communautaire, sans que ce financement soit exclusif comme c'est le cas dans l'approche socio-institutionnelle.

Nous avons émis comme hypothèse que l'approche socio-communautaire serait privilégiée par nos répondants en raison de la nature des organisations étudiées et tout en reconnaissant que les positions idéologiques ne sont jamais pures à 100%. L'hypothèse ne peut être démontrée statistiquement, mais les réponses fournies permettent de dégager certains consensus apparents chez les répondants. D'abord, on peut constater que les énoncés regroupés reflètent bien les dimensions identifiées. Le tableau des corrélations (tableau 10.2) révèle que les coefficients de corrélation sont effectivement les plus élevés lorsqu'une variable spécifique est croisée avec la dimension postulée. Ceci est vrai pour l'ensemble, à l'exception de la possibilité pour les gouvernements de nommer la majorité des membres des conseils d'administration. En effet, cette attitude qui devrait logiquement correspondre à l'approche socio-étatique est tellement uniformément rejetée

Tableau 10.2

Corrélation entre les dimensions représentant le rôle du gouvernement et les variables décrivant ces dimensions

Variables	Dimensions		
	Socio-étatique	Socio-communautaire	Néo-libérale
Var 029	.2225	.6713	-.1653
Var 030	.6394	.1368	-.0369
Var 031	.1815	.5839	-.1398
Var 032	.0602	-.1807	.7734
Var 033	.8042	-1160	-.0645
Var 034	.0109	.5251	-.4097
Var 035	-.3430	-.4401	.4928
Var 036	.1522	.0951	-.1479
Var 037	.1303	.4882	-.3142
Var 038	-.1026	-.2887	.5147

par nos répondants (94% en désaccord) que les coefficients de corrélation sont très faibles, négativement ou positivement. Ceci indique que même les tenants d'une responsabilité gouvernementale très forte dans ce secteur ne favorisent pas la mainmise des gouvernements sur les institutions communautaires par l'entremise des conseils d'administration.

Le résultat de la corrélation des trois dimensions entre elles est présenté au tableau 10.3.

Tableau 10.3

Corrélation des dimensions néo-libérale, socio-étatique et socio-communautaire

	Socio-étatique	Socio-communautaire
Socio-communautaire	.2016	1.000
Néo-libérale	-.0996	-.4479

Le niveau de corrélation entre les dimensions est généralement faible. Alors qu'on observe une faible corrélation entre les dimensions socio-communautaire et socio-étatique (.2016), on observe que les dimensions socio-communautaire et néo-libérale s'opposent (-.4479).

Sur la base de cette évidence, il semble que nous sommes en présence de perceptions différentes et cohérentes quant au rôle du gouvernement dans ce secteur des services communautaires.

Si on analyse le contenu des réponses un peu plus finement, on constate que la perspective socio-communautaire est plus fortement soutenue par les répondants que ne le sont les deux autres. En effet, trois énoncés décrivant cette perspective reçoivent un niveau de soutien supérieur à 60%. Seul l'énoncé relatif à l'implication du gouvernement dans la composition des conseils d'administration ne reçoit pas ce niveau de support (15%). Cependant, l'énoncé que nous avons associé à la tendance néo-libérale selon laquelle le gouvernement devrait être complètement absent du processus de nomination des membres des conseils d'administration reçoit 78% de réponses favorables. À la réflexion, cette opinion n'est pas incompatible avec l'approche socio-communautaire, puisque celle-ci favorise l'autonomie locale. L'absence du gouvernement dans le processus de nomination des membres des

conseils d'administration peut donc être cohérente avec une perspective socio-communautaire.

Il est intéressant de noter que les répondants favorisent un financement substantiel de leurs centres par le gouvernement. En effet, 73% d'entre eux pensent que le gouvernement devrait fournir plus de 50% de leurs budgets. Cependant, une proportion importante (51%) s'oppose à un financement gouvernemental équivalent à 100% des budgets. Ceci traduit à notre avis, une volonté d'autonomie au niveau local et communautaire tout à fait cohérente avec l'approche communautaire telle que nous l'avons décrite au chapitre 1.

Le niveau de gouvernement le plus pertinent

Les énoncés relatifs aux rôles et fonctions des gouvernements ont été formulés de façon générale sans faire référence à un niveau particulier de gouvernement. Une question spécifique permettait d'identifier quel niveau de gouvernement les centres jugeaient le plus pertinent pour la définition des orientations, le fonctionnement et le financement des centres.

Tableau 10.4

Pertinence des niveaux de gouvernement quant à leur fonction relative au communautaire

	Fonctions					
	Orientations		Fonctionnement		Financement	
Niveau de gouvernement	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Fédéral	(24)	10	(9)	4	(30)	12
Provincial	(93)	40	(102)	43	(116)	48
Municipal	(36)	15	(40)	17	(9)	4
Aucun	(59)	25	(64)	27	(15)	6
Un mélange de deux ou de trois	(22)	10	(22)	9	(71)	30
Total	**(234)**	**100**	**(237)**	**100**	**(241)**	**100**

Il ressort clairement du tableau 10.4 qu'une proportion importante de répondants (40% et plus) croit que c'est l'instance provinciale qui devrait intervenir aux plans de l'orientation, du fonctionnement et du financement des centres. On favorise en second lieu l'instance municipale pour les orientations et le

fonctionnement, mais au plan du financement, c'est le gouvernement fédéral qui occupe la seconde place.

On note que plus de 25% des répondants ne désirent aucune ingérence gouvernementale au niveau des orientations et du fonctionnement.

Ces résultats doivent être traités avec prudence car les données du Québec et de l'Ontario n'y sont pas incluses, le questionnaire distribué au Québec et en Ontario ne comprenant pas cette question spécifique. Toutefois, sur la base d'une étude préalable établissant une comparaison entre le Québec et l'Ontario, on peut croire que si la même question avait été posée dans ces provinces, les résultats auraient été encore plus fermes dans le sens indiqué ici. En effet, les répondants du Québec auraient certainement augmenté les proportions en faveur du niveau provincial, alors que ceux de l'Ontario auraient eu un effet sur les proportions relatives au niveau municipal.

Il semble bien, sur la base de ces données et en tenant compte de l'ensemble des observations des autres chapitres, que le niveau provincial s'impose comme le principal acteur gouvernemental en ce qui concerne les politiques, les orientations, le fonctionnement et le financement des services communautaires de santé et de services sociaux.

Le modèle coopératif comme nouveau modèle

En 1984, un groupe de travail national sur le développement coopératif au Canada a émis certaines recommandations relatives au développement de coopératives de santé. Au terme de son étude, le groupe de travail conclut que le modèle coopératif pourrait être une réponse très appropriée pour repenser les modalités organisationnelles relatives à la fourniture de certains services de santé. Ce modèle pourrait, de façon toute particulière, concerner les centres communautaires de santé ou de services sociaux ou les centres communautaires polyvalents fonctionnant selon une approche d'intégration des services. Le questionnaire comprenait certaines recommandations de ce groupe de travail pour voir comment les principaux intéressés y réagissaient. Les réponses sont présentées au tableau 10.5.

On constate que le modèle coopératif, ou du moins les recommandations du groupe de travail sur le développement

Tableau 10.5

Opinions des centres vis-à-vis de la formule coopérative

Recommandations	En accord (n)	%	En désaccord (n)	%	Ne sait pas (n)	%	Total (n)	%
Que le secteur coopératif prenne l'initiative de stimuler la création et le développement des coopératives dans le domaine de la santé (et des services sociaux).	176	52	31	9	135	39	342	100
Que le secteur coopératif parraine une conférence nationale sur le développement d'un système coopératif de soins de santé (et de services sociaux).	173	51	53	16	112	33	338	100
Que chaque province crée et finance un bureau indépendant d'aide au développement coopératif.	186	55	41	12	110	33	337	100
Que le gouvernement fédéral participe avec les provinces au financement de l'organisation des coopératives et de leurs premiers temps d'existence.	204	61	38	11	93	28	335	100
Que les gouvernements provinciaux allouent aux coopératives, pour chacun de leurs membres, un montant per capita équivalent au montant moyen dépensé annuellement per capita dans le système actuel pour les soins de santé (et les services sociaux) (système de capitation).	110	34	55	17	160	49	325	100
Que les coopératives puissent librement utiliser leurs surplus budgétaires pour améliorer ou augmenter leurs services.	225	69	19	6	84	25	328	100
Que l'adhésion à une coopérative de santé (et de services sociaux) demeure une option libre, pour une période fixe, renouvelable.	186	57	28	9	113	34	327	100
Que les coopératives gardent les caractéristiques générales du système actuel de santé (et de services sociaux): administration publique, universalité, mobilité, accessibilité.	179	55	29	9	120	36	328	100

des coopératives, à l'exception du sytème de capitation, reçoivent un appui important de la part des répondants. Cependant, il faut noter un taux élevé d'indécision des répondants, qui peut indiquer une certaine prudence ou un manque de connaissance étant donné la nouveauté de la formule coopérative. Nous avons donc procédé à l'analyse des réponses des centres de la province de Saskatchewan, puisque des coopératives de santé y sont implantées depuis près de trois décennies, et sont donc bien connues des répondants (tableau 10.6).

Dans cette province, où l'on possède logiquement un niveau plus élevé de connaissance du modèle coopératif de centres de santé, on constate que la proportion de réponses "ne sait pas" diminue. Cependant, on n'observe pas un taux "d'accord" plus élevé. En fait, on constate un désaccord un peu plus grand en Saskatchewan à toutes les recommandations comparativement au reste du pays, où le phénomène est généralement moins connu. Malgré cela, les répondants de Saskatchewan supportent majoritairement le modèle copératif tout comme l'ensemble des répondants.

La perception des centres face aux membres de la communauté

La perception des répondants vis-à-vis des membres de la communauté constitue à notre avis un déterminant des orientations de l'intervention communautaire. La question suivante fut posée aux répondants :

> D'après l'expérience quotidienne, comment les membres de la communauté sont-ils perçus réellement, et non idéalement, par les intervenants du centre?
>
> - Surtout comme des clients ou des patients *à soigner* ou *à aider*.
> - Surtout comme des citoyens bénéficiaires *ayant droit* aux services établis par les intervenants du centre.
> - Surtout comme des citoyens *aptes à s'organiser* et à devenir partenaires dans la solution de leur problème et des problèmes du milieu.

Il faut noter que cette question recueille l'opinion des administrateurs sur les perceptions des intervenants de leur

Tableau 10.6

Opinions des répondants de la Saskatchewan au sujet du modèle coopératif

Recommandations	En accord (n)	%	En désaccord (n)	%	Ne sait pas (n)	%	Total (n)	%
Que le secteur coopératif prenne l'initiative de stimuler la création et le développement des coopératives dans le domaine de la santé (et des services sociaux).	22	50	6	14	16	36	44	100
Que le secteur coopératif parraine une conférence nationale sur le développement d'un système coopératif de soins de santé (et de services sociaux).	22	51	8	19	13	30	43	100
Que chaque province crée et finance un bureau indépendant d'aide au développement coopératif.	23	53	8	19	12	28	43	100
Que le gouvernement fédéral participe avec les provinces au financement de l'organisation des coopératives et de leurs premiers temps d'existence.	27	64	7	17	8	19	42	100
Que les gouvernements provinciaux allouent aux coopératives, pour chacun de leurs membres, un montant per capita équivalent au montant moyen dépensé annuellement per capita dans le système actuel pour les soins de santé (et les services sociaux) (système de capitation).	15	39	9	24	14	37	38	100
Que les coopératives puissent librement utiliser leurs surplus budgétaires pour améliorer ou augmenter leurs services.	28	68	4	10	9	22	1	100
Que l'adhésion à une coopérative de santé (et de services sociaux) demeure une option libre, pour une période fixe, renouvelable.	22	55	7	18	11	27	40	100
Que les coopératives gardent les caractéristiques générales du système actuel de santé (et de services sociaux) : administration publique, universalité, mobilité, accessibilité.	25	63	6	15	9	22	40	100

Tableau 10.7

Perception des usagers

Perceptions	Intervenants: Services de santé (n)	%	Services sociaux (n)	(%)	Total (n)	%
Clients à soigner (à aider)	(42)	28	(30)	10	(72)	16
Bénéficiaires ayant des droits	(38)	26	(56)	19	(94)	21
Citoyens aptes à s'organiser	(35)	23	(95)	32	(130)	29
Perceptions mixtes	(34)	23	(112)	39	(146)	33
Total	**(149)**	**100**	**(293)**	**100**	**(492)**	**100**

centre, ce qui peut introduire un biais quant à l'opinion des intervenants eux-mêmes si la question leur avait été posée directement. L'interprétation des résultats doit donc se faire avec prudence (tableau 10.7).

En toute logique avec la philosophie de l'intervention communautaire, on pourrait s'attendre à ce que la majorité des intervenants perçoivent les populations comme aptes à s'organiser. Or, 29% des répondants pensent que les intervenants perçoivent la population dans cette perspective, 21% d'entre eux pensent que les intervenants perçoivent les populations comme des bénéficiaires ayant le droit de recevoir des services et une plus faible proportion (16%) pense que les intervenants perçoivent la population comme des clients à soigner ou à aider.

Interprétés en fonction de l'appartenance des intervenants à des services de santé ou à des services sociaux, ces résultats indiquent qu'une plus faible proportion des administrateurs (10%) estime que les intervenants sociaux perçoivent la population comme des clients à soigner ou à aider, alors que 28% des administrateurs pensent que les intervenants du domaine de la santé perçoivent les membres de la communauté de cette façon.

L'importance des objectifs et des procédures

On peut penser qu'un centre communautaire trouve très important que ses objectifs soient acceptés par la communauté car, après tout, la légitimité des objectifs d'un centre qui se veut communautaire vient de sa communauté; c'est aussi un aspect de la participation. Dans la même logique, on peut penser que la population n'a pas à être assujettie à des procédures ou des consignes établies complètement en dehors d'elle et appliquées de façon rigide et mécanique. Autant il est important que les procédures et les consignes soient claires, compréhensibles et diffusées à tous, autant l'application de ces procédures et consignes doit être souple et laisser place aux situations inédites, toujours présentes dans la vie communautaire. Autrement dit, il n'est pas absolument important de prévoir toutes les éventualités, ni d'appliquer les procédures et consignes de façon toujours rigoureuse. C'est une question d'esprit, de climat et pas seulement de mécanique organisationnelle.

Les réponses fournies à quatre énoncés relatifs à cette question sont regroupées au tableau 10.8.

Tableau 10.8

Importance relative des objectifs et des procédures

Énoncé	Très important	Moyennement important	Peu important	Total
	%	%	%	%
Les objectifs du centre doivent être acceptés par la direction et les employés	95	4	1	100
Les objectifs du centre doivent être acceptés par la population à laquelle le centre s'adresse	70	27	3	100
Les procédures et consignes doivent prévoir à l'avance toutes les éventualités	29	51	20	100
Les procédures et consignes doivent être toujours appliquées de façon rigoureuse	16	56	28	100

Les répondants estiment que la légitimité des objectifs est très importante, c'est-à-dire qu'ils doivent être acceptés par la direction, les employés et la population. Cependant, il semble que le personnel soit plus important que la population elle-même dans la légitimation des objectifs, ce qui peut être une attitude surprenante dans des centres communautaires. Il faut toutefois reconnaître que si les objectifs ne sont pas acceptés par le personnel, il sera très difficile pour le centre de répondre aux besoins de la communauté, ce qui explique peut-être les réponses des directeurs des centres, même s'il ne s'agit pas là de l'attitude la plus "communautaire" qui soit.

Quant à l'application des procédures, les résultats laissent entrevoir une grande souplesse dans leur adaptation aux diverses réalités que rencontrent les centres. La majorité des répondants accorde une importance relative à cet aspect de la gestion des centres.

Dans ce chapitre, nous avons constaté que les centres à l'étude répondent à certaines questions relatives aux orientations de façon prévisible et généralement en conformité avec les orientations postulées dans notre modèle au sujet de l'intervention communautaire (voir chapitre 1).

On peut généralement affirmer, sur la base des résultats observés, que la majorité des répondants perçoivent le rôle des gouvernements selon une perspective socio-communautaire. Par ailleurs ,le modèle coopératif apparaît, pour une proportion importante des répondants, comme une nouvelle modalité organisationnelle à explorer.

Enfin, une partie des centres à l'étude, plus faible qu'anticipée (29%), perçoit les populations à desservir comme aptes à s'organiser, comme des partenaires. Sur ce plan, il est difficile de tirer des conclusions, les opinions étant fort partagées.

Conclusion

La présente recherche a permis de mieux décrire les caractéristiques générales, les types de services, les ressources humaines, l'accessibilité, la participation et la situation financière de 368 centres communautaires de santé et de services sociaux implantés dans les dix provinces canadiennes. Il a également été possible de regrouper l'information sur ces dimensions objectives selon les provinces et de comparer les données relatives à chaque province avec les résultats de l'ensemble des autres centres à l'étude. Un dernier chapitre a fourni l'occasion de présenter sommairement des perspectives de développement en regroupant les réponses relatives à certaines questions d'orientation.

Malgré certaines difficultés d'ordre conceptuel et méthodologique, inhérentes à la nature du sujet, à sa complexité et à l'imprécision du champ, l'information regroupée ici rendra compte d'un phénomène, les centres communautaires de santé et de services sociaux, qui prend de plus en plus d'importance au Canada à la fin de la présente décennie. Nous avons voulu améliorer l'état des connaissances disponibles au sujet de ce type de centres communautaires, par une collecte de données aussi systématique et une analyse aussi rigoureuse que possible. Cependant, certaines questions ont posé des problèmes d'interprétation et il reste bien des zones grises qui commanderaient des études plus approfondies, même si

certains aspects sont maintenant mieux cernés.

Nous avons volontairement présenté les données très sommairement avec le moins d'interprétation possible. Il nous semble qu'au terme de ce travail, les données parlent d'elles-mêmes. Il devient possible de dégager certaines lignes de force du phénomène étudié.

D'abord, et au-delà des données concrètes relatives, par exemple, à l'âge des centres ou à leur dimension modeste, certaines évidences sont devenues plus claires parce que documentées et quantifiées.

L'importance de la variable provinciale

S'il est une constante dans l'ensemble de l'étude c'est bien celle-là. De toutes sortes de façons et tout au long de l'étude, le gouvernement provincial apparaît comme le niveau de gouvernement le plus pertinent et le plus déterminant pour le développement des centres communautaires de santé et de services sociaux étudiés. Cette information ne surprendra sans doute pas les experts sur la question, ce qui est éloquent dans cette observation c'est l'ampleur de cette réalité. C'est une observation qui s'impose tellement qu'il nous apparaît démontré qu'il y a autant de réalités de centres communautaires que de provinces. C'est au niveau des choix politiques provinciaux que les principaux enjeux relatifs aux centres communautaires de santé et de services sociaux se jouent. Les centres étudiés sont tributaires des volontés politiques et des réalités socio-économiques des provinces. Chaque réalité provinciale crée un contexte environnemental qui détermine les caractéristiques, le nombre et le devenir des centres étudiés.

L'importance du statut légal

En deuxième lieu, nous avons constaté que les centres à l'étude étaient très majoritairement de statut privé à but non lucratif, ce qui semble refléter assez justement la réalité du secteur. Même au Québec, où il existe un réseau de centres locaux de services communautaires publics, les organismes privés à but non lucratif sont encore en nombre supérieur.

Il est aussi apparu clairement, de multiples façons, que les centres se distinguent entre eux selon qu'ils ont un statut

d'organisme public ou d'organisme privé à but non lucratif. Généralement, les centres publics sont de taille plus importante, comptent plus de ressources humaines, ont des budgets plus importants que les centres privés à but non lucratif. Les centres privés à but non lucratif oeuvrent principalement dans le secteur des services sociaux, alors que les centres publics sont plutôt des centres de santé qui livrent leurs services selon un modèle de services polyvalents de santé et de services sociaux où les deux types de services sont intégrés.

L'importance de la nature des services

Le troisième facteur structurel dans la compréhension du phénomène est celui de la nature des services offerts. Les centres se différencient de façon importante selon qu'ils offrent des services de santé, des services sociaux ou des services polyvalents intégrés. Comme les centres de santé et les centres de services polyvalents intégrés s'apparentent au plan de leurs principales caractéristiques, la distinction essentielle s'établit entre les centres communautaires de santé et les centres communautaires de services sociaux.

Validation du modèle communautaire

Selon la littérature consultée, la distinction entre la communauté territoriale et les communautés d'intérêts ou de valeurs dans la stratégie d'approche des communautés est un outil important pour qualifier les centres communautaires et comprendre les modèles organisationnels en place. Il nous est apparu dans l'analyse que cette dimension a son importance, en ce sens qu'elle permet de distinguer les caractéristiques des centres étudiés.

L'analyse du type et de la gamme des services offerts par les centres étudiés révèle que des services sont offerts aux trois niveaux toujours interreliés dans une approche communautaire :

- l'individu avec des besoins spécifiques concrets
- l'individu dans son environnement
- l'environnement lui-même ou les structures organisationnelles existantes dans le milieu.

L'accessibilité des centres communautaires, le type de personnel, l'importance de la contribution des bénévoles, la participation de la population, la composition et le fonctionnement des conseils d'administration, le fonctionnement et la gestion des centres, constituent tous des facteurs qui illustrent comment le modèle théorique décrit au chapitre 1 s'actualise dans la réalité concrète des organismes étudiés. Généralement, on peut considérer que les réponses fournies confirment que nous sommes en présence d'un phénomène pancanadien, qui a son originalité, mais qui correspond à ce que nous avions postulé en conformité avec la littérature consultée.

Cette étude sera utile à plusieurs niveaux, tant à celui des politiques, qu'à ceux de la planification et de l'organisation des services communautaires. Mais avant tout, elle fournit à chaque centre communautaire de santé et de services sociaux une occasion de s'auto-analyser et de se comparer assez systématiquement, mais de façon encore perfectible, avec un ensemble de centres du même type au Canada. Si l'étude donne aux centres individuels et aux milliers d'administrateurs, de bénévoles, de gestionnaires et d'intervenants une occasion de faire le point sur la réalité des organismes dans lesquels ils oeuvrent, de raffermir leurs orientations communautaires et de raffiner leurs interventions, elle aura accompli tous les objectifs que l'équipe de recherche s'était fixés au point de départ. Avant tout, notre projet en était un de développement social et notre souhait le plus sincère est que ce projet rencontre les intérêts des principaux intéressés: les centres communautaires de santé et de services sociaux et les communautés qu'ils servent.

INFORMATIONS GENERALES

1

1. Nom du Centre:_____ 2 3 4

2. Téléphone: ( )_____

3. Adresse: no. rue_____
ville_____
code postal_____

4. Province:_____ 5 6

5. Depuis combien d'années le Centre offre-t-il des services de santé et/ou des services sociaux?_____ 7 8

6. Qui a décidé de créer le Centre? (plusieurs réponses possibles)

Gouvernement fédéral	☐
Gouvernement provincial	☐
Gouvernement municipal	☐
Association(s) volontaire(s)	☐
Particuliers	☐
Etablissement(s) du réseau public	☐
Autre(s) (préciser):_____	☐

9 10 11

7. Le Centre est-il incorporé?

Oui ☐
Non ☐

12

Si le Centre n'est pas incorporé, veuillez retourner ce questionnaire sans le compléter.

8. Quel est le statut légal du Centre, tel que précisé dans la charte (ex: privé à buts non lucratifs, public, etc.)
_____

13

9. Le Centre s'adresse-t-il à l'ensemble de la population de son territoire ou à un ou des groupes spécifiques? (n'indiquez qu'une seule réponse)

A l'ensemble de la population du territoire ☐

A un ou des groupes spécifiques (ex: 3e âge, jeunes, personnes handicapées...) ☐
(préciser):_____
_____
_____ ☐☐ 14 15

Les deux questions suivantes concernent l'ensemble de la population à desservir par le Centre et non seulement les utilisateurs des services du Centre.

10. Le Centre dessert-il une population vivant en milieu urbain, semi-urbain ou rural?

Urbain ☐
Semi-urbain ☐
Rural ☐ ☐ 16

11. Au plan des ethnies, la population est-elle plutôt homogène ou hétérogène (deux ou trois groupes ethniques relativement importants)?

Homogène ☐
Hétérogène ☐ ☐ 17

ORIENTATIONS

12. Quels sont les principaux services rendus par le Centre?

Services de santé seulement ☐
Services sociaux seulement ☐
Services de santé et sociaux ☐
Autres(s), préciser_____ ☐ ☐ 18
_____
_____

13. Quelle est la nature des approches utilisées dans vos interventions auprès des utilisateurs de services et auprès de la communauté en général?

Curative seulement ☐
Préventive seulement ☐
Curative et préventive ☐ 19

14. La population participe-t-elle à l'identification et à l'analyse des besoins sociaux et/ou de santé de la communauté?

Oui ☐
Non ☐ (passer à la question 15) 20

Si oui, de quelles(s) façon(s)? (Répondre oui ou non à chaque catégorie)

	Oui	Non	
Citoyens ou usagers <u>élus</u> au conseil d'administration	☐	☐	21
Représentants d'associations volontaires de la communauté <u>élus</u> au conseil d'administration	☐	☐	22
Groupes consultatifs mis sur pied par le Centre et comprenant des citoyens	☐	☐	23
Sondages effectués dans la communauté pour connaître les besoins	☐	☐	24
Représentant(s) de la (ou des) municipalité(s) au conseil d'administration	☐	☐	25
Autre(s) (préciser):_____	☐	☐	26
_____			27 28
_____			

15. La population participe-t-elle à la prise de décision en ce qui concerne la mise sur pied des services et programmes du Centre?

Oui ☐
Non ☐ (passer à la question 16) 29

Si oui, de quelle(s) façon(s)? (Répondre oui ou non à chaque catégorie)

	Oui	Non	
Citoyens ou usagers <u>élus</u> au conseil d'administration	☐	☐	☐ 30
Représentants d'associations volontaires de la communauté <u>élus</u> au conseil d'administration	☐	☐	☐ 31
Comités décisionnels mis sur pied par le Centre et comprenant des citoyens	☐	☐	☐ 32
Représentant(s) de la (des) municipalité(s) au conseil d'administration	☐	☐	☐ 33
Autre(s) (préciser):_____	☐	☐	☐ 34
			☐☐ 35 36

16. D'après l'expérience quotidienne, comment les membres de la communauté sont-ils perçus réellement - et non idéalement - par les intervenants du Centre?

	Intervenants des secteurs Santé	Social	
Surtout comme des clients ou des patients <u>à soigner</u> ou <u>à aider</u>	☐	☐	
Surtout comme des citoyens bénéficiaires <u>ayant droit</u> aux services établis par les intervenants du Centre	☐	☐	☐☐☐ 37 38 39
Surtout comme des citoyens <u>aptes à s'organiser</u> et à devenir partenaires dans la solution de leur problème et des problèmes du milieu	☐	☐	☐☐☐ 40 41 42

17. Quelle est l'opinion du Centre en regard des énoncés suivants portant sur la responsabilité des pouvoirs publics envers les Centres de santé et de services sociaux de type communautaire?

Enoncés	D'accord	Pas d'accord	Pas d'opinion	
Le gouvernement devrait fournir un cadre juridique spécifique aux centres de services communautaires, se limitant aux orientations, objectifs et critères généraux de tels centres, afin de marquer officiellement leur reconnaissance	☐	☐	☐	☐ 43
Au niveau opérationnel local, le gouvernement devrait définir les stratégies d'action et les programmes spécifiques	☐	☐	☐	☐ 44
Le gouvernement devrait déléguer des pouvoirs réels et significatifs aux conseils d'administration des centres	☐	☐	☐	☐ 45
La loi et l'ordre public étant saufs, le gouvernement devrait laisser agir la loi de l'offre et de la demande entre les professionnels de la santé ou des services sociaux et les clients	☐	☐	☐	☐ 46
Le gouvernement devrait fournir 100% du financement des centres	☐	☐	☐	☐ 47
Le gouvernement devrait fournir un financement supérieur à 50% du budget total des centres	☐	☐	☐	☐ 48
Le gouvernement devrait fournir un financement inférieur à 50% du budget total des centres	☐	☐	☐	☐ 49
Le gouvernement devrait nommer la majorité des membres des conseils d'administration des centres	☐	☐	☐	☐ 50
Le gouvernement devrait nommer seulement une minorité des membres des conseils d'administration des centres	☐	☐	☐	☐ 51
Le gouvernement devrait être complètement absent du processus de nomination des membres des conseils d'administration	☐	☐	☐	☐ 52

18. Quels est à votre avis le niveau de gouvernement le plus pertinent pour assurer la responsabilité publique vis-à-vis des centres de services communautaires en ce qui concerne leurs orientations, leur fonctionnement (personnel, gestion, services, etc.) et leur financement?

	Fédéral	Provincial	Municipal	Aucun	
Les orientations	☐	☐	☐	☐	☐ 53
Le fonctionnement	☐	☐	☐	☐	☐ 54
Le financement	☐	☐	☐	☐	☐ 55

19. Selon vous, quelle est l'importance des énoncés suivants pour votre Centre?

Enoncés	Très important	Moyennement important	Peu important	
Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la Direction et les employés	☐	☐	☐	☐ 56
Les objectifs du Centre doivent être acceptés par la population à laquelle le Centre s'adresse	☐	☐	☐	☐ 57
Les procédures et consignes doivent prévoir à l'avance toutes les éventualités	☐	☐	☐	☐ 58
Les procédures et consignes doivent être toujours appliquées de façon rigoureuse	☐	☐	☐	☐ 59

20. Un groupe de travail national sur le développement du mouvement coopératif canadien a analysé la question des systèmes coopératifs de santé. Au terme de cette étude, il conclut qu'un tel système pourrait être une réponse très appropriée aux principaux problèmes des systèmes actuels de santé (coûts, institutionnalisation, manque de prévention, etc.). Ce modèle pourrait, de façon toute particulière, concerner les centres communautaires de santé (et tout autant, croyons-nous, les centres locaux de services sociaux).

Quelle est la position du Centre par rapport aux recommandations suivantes, que ce groupe de travail a formulées?

Recommandations	Accord	Désaccord	Ne sait pas	
Compte-tenu de la base déjà établie qu'est la tradition canadienne de services communautaires locaux à buts non lucratifs:				
que le secteur coopératif prenne l'initiative de stimuler la création et le développement des coopératives dans le domaine de la santé (et des services sociaux).	☐	☐	☐	☐ 60
Pour diffuser le concept de coopératives de santé (et de services sociaux) et obtenir l'appui des pouvoirs publics, de la population et du système actuel de santé (et de services sociaux):				
que le secteur coopératif parraine une conférence nationale sur le développement d'un système coopératif de soins de santé (et de services sociaux).	☐	☐	☐	☐ 61
Compte-tenu de la forte présence des gouvernements dans le système actuel de services sociaux et de santé; compte-tenu des différences interprovinciales; compte-tenu de la nécessité d'une période expérimentale:				
que chaque province crée et finance un bureau indépendant d'aide au développement coopératif:	☐	☐	☐	☐ 62

Recommandations	Accord	Désaccord	Ne sait pas	
que le gouvernement fédéral participe avec les provinces au financement de l'organisation des coopératives et de leurs premiers temps d'existence.	☐	☐	☐	☐ 63
Au-delà des divers modes de financement actuellement utilisés:				
que les gouvernements provinciaux allouent aux coopératives, pour chacun de leurs membres, un montant per capita équivalent au montant moyen dépensé annuellement per capita dans le système actuel pour les soins de santé (et les services sociaux) - (système de capitation);	☐	☐	☐	☐ 64
que les coopératives puissent librement utiliser leurs surplus budgétaires pour améliorer ou augmenter leurs services.	☐	☐	☐	☐ 65
Compte-tenu du comportement plutôt individualiste et des attentes actuelles des utilisateurs des services de santé (et des services sociaux):				
que l'adhésion à une coopérative de santé (et de services sociaux) demeure une option libre, pour une période fixe, renouvelable;	☐	☐	☐	☐ 66
que les coopératives gardent les caractéristiques générales du système actuel de santé (et de services sociaux): administration publique, universalité, mobilité, accessibilité.	☐	☐	☐	☐ 67

FONCTIONNEMENT

2

21. Quel(s) type(s) de personnel(s) le Centre emploie-t-il et en quel nombre? (nombre: équivalence plein temps)

Statut	Types de personnel(s)	Nombre	
Personnels rémunérés (salaires, honoraires, vacation, à l'acte, etc.)	Médecins (généralistes ou spécialistes)	_____	5 6 7
	Sages-femmes	_____	8 9 10
	Praticiens de médecines douces ou alternatives	_____	11 12 13
	Infirmières	_____	14 15 16
	Assistants ou techniciens en santé	_____	17 18 19
	Autres professionnels de la santé (préciser):_____	_____	20 21 22
	Travailleurs sociaux cliniciens avec formation de niveau universitaire	_____	23 24 25
	Assistants ou techniciens en intervention sociale clinique	_____	26 27 28
	Travailleurs communautaires avec formation de niveau universitaire (organisateurs communautaires, animateurs sociaux, travailleurs de rue, etc.)	_____	29 30 31
	Assistants ou techniciens en intervention communautaire	_____	32 33 34
	Autres professionnels des sciences humaines (v.g. psychologues, psycho-éducateurs, criminologues, etc.) (préciser):_____	_____	35 36 37
	Autodidactes (sans formation spécifique initiale ou avec formation professionnelle différente)		
	. en santé	_____	38 39 40
	. en social	_____	41 42 43

Statut	Types de personnel(s)	Nombre	
	Personnel administratif et de soutien	___	44 45 46
	Autre(s) (préciser):_____	___	47 48 49
Personnels non rémunérés (ne pas compter les membres du conseil d'administration)	Bénévoles (avec formation spécifique)	___	50 51 52
	Bénévoles (sans formation spécifique)	___	53 54 55
	Autre(s) (préciser):_____	___	56 57 58

22. Le Centre est-il en mesure de desservir les groupes ethniques minoritaires dans leur langue?

Oui ☐
Non ☐
Ne s'applique pas ☐ 59

23. Le Centre a-t-il à son emploi du personnel issu des groupes ethniques minoritaires du ou des milieu(x) au(x)quel(s) ils s'adressent?

Oui ☐
Non ☐
Ne s'applique pas ☐ 60

24. Quelles sont les heures d'ouverture du Centre?

Lundi	De_____	A_____	61 62
Mardi	De_____	A_____	63 64
Mercredi	De_____	A_____	65 66
Jeudi	De_____	A_____	67 68
Vendredi	De_____	A_____	69 70
Samedi	De_____	A_____	71 72
Dimanche	De_____	A_____	73 74 75

25. Le Centre a-t-il prévu un service formel d'urgence accessible pour les périodes où il est fermé?

Oui ☐ (passer à la question 27)
Non ☐
Ne s'applique pas ☐ (passer à la question 27) 77

26. Est-il possible pour une personne ou pour un groupe de la communauté de rejoindre un ou des intervenant(s) du Centre en dehors des heures d'ouverture, en cas de besoin urgent?

- Non ☐
- Oui, difficilement ☐
- Oui, assez facilement ☐
- Oui, très facilement ☐

☐ 78

27. Selon vous, comment qualifieriez-vous l'accessibilité de votre Centre par rapport à la population à laquelle vous vous adressez (population de la communauté et non seulement usagers)?

Localisation	Adéquate	☐
	Moyennement adéquate	☐
	Peu adéquate	☐
Locaux	Adéquats	☐
	Moyennement adéquats	☐
	Peu adéquats	☐
Moyens de transports publics	Adéquats	☐
	Moyennement adéquats	☐
	Peu adéquats	☐
Moyens de communication (v.g. radio, téléphone, etc.)	Adéquats	☐
	Moyennement adéquats	☐
	Peu adéquats	☐

☐ 79

☐ 80 [3]

☐☐☐ 2 3 4

☐ 5

☐ 6

28. Combien de membres comprend le conseil d'administration du Centre, selon la Charte ou les règlements?

Nombre _____

☐☐ 7 8

29. Quels sont le nombre et le mode de recrutement des membres du conseil d'administration?

Statut	Mode de recrutement: Elu (Nb)	Choisi (Nb)	Membre d'office (Nb)	
Utilisateur(s) des services	___	___	___	☐☐☐ 9 10 11
Représentant(s) des organismes volontaires et/ou des groupes de pression du milieu	___	___	___	☐☐☐ 12 13 14
Représentant(s) de la population en général	___	___	___	☐☐☐ 15 16 17

Statut	Mode de recrutement Elu Nb	Choisi Nb	Membre d'office Nb	
Représentant(s) des personnels du Centre	___	___	___	☐☐☐ 18 19 20
Représentant(s) du gouvernement fédéral	___	___	___	☐☐☐ 21 22 23
Représentant(s) du gouvernement provincial	___	___	___	☐☐☐ 24 25 26
Représentant(s) de la ou des municipalités	___	___	___	☐☐☐ 27 28 29
Représentant(s) d'établissements ou d'organismes publics	___	___	___	☐☐☐ 30 31 32
Représentant(s) des bénévoles du Centre	___	___	___	☐☐☐ 33 34 35
Directeur du Centre	___	___	___	☐☐ 36 37
Autre(s) (préciser):_____	___	___	___	☐☐☐ 38 39 40

☐☐ 41 42 ☐☐ 43

30. Quelle est la durée du mandat des membres du conseil d'administration?

Non déterminée ☐
Périodes fixes (préciser): ☐
_____

☐☐ 45 46

31. Les groupes ethniques minoritaires sont-ils représentés au conseil d'administration?

Oui ☐
Non ☐
Ne s'applique pas ☐

☐ 47

32. Quel est le nombre de réunions régulières du conseil d'administration annuellement?

Nombre _____

☐☐ 48 49

33. Le personnel du Centre est-il regroupé en équipes (ou modules ou toute autre forme de regroupement)?

Oui ☐
Non ☐ (passer à la question 35) ☐ 50
Partiellement ☐

34. Les équipes sont-elles unidisciplinaires ou pluridisciplinaires?

Toutes unidisciplinaires ☐
Toutes pluridisciplinaires ☐ ☐ 51
Certaines unidisciplinaires et autres pluridisciplinaires ☐

(Passer à la question 36)

35. Pourquoi n'y a-t-il pas d'équipe?

Trop peu de personnel pour contituer une ou des équipes ☐

Choix d'une organisation individuelle du travail ☐ ☐☐ 52 53

Autre(s) (préciser): ☐
_____
_____

36. Parmi les activités ou les services suivants, lesquels avez-vous offerts au cours des douze (12) derniers mois (aux usagers, groupes d'usagers et à la population de la communauté)?

	Oui	Non	
Information et référence relativement aux lois et aux services en santé et dans le domaine social	☐	☐	☐ 54
Education à la santé (groupes de sensibilisation, campagnes publiques, etc.)	☐	☐	☐ 55
Organisation ou participation à des campagnes d'opinion publique visant des changements sociaux	☐	☐	☐ 56

	Oui	Non	
Prévention primaire (ex.: cours pré-nataux, cours de parents efficaces, groupes de croissance personnelle, immunisation, etc.)	☐	☐	☐ 57
Participation à des coalitions, groupes de pression, à des mouvements visant des changements de législation ou de politiques dans le domaine social ou de la santé	☐	☐	☐ 58
Mise sur pied et soutien à des groupes communautaires visant l'amélioration des conditions de l'environnement (ex:, foyer d'hébergement pour femmes battues, salubrité des logements, association de locataires, etc.)	☐	☐	☐ 59
Mise sur pied de groupes d'entraide au plan social ou de la santé	☐	☐	☐ 60
Travail de rue, dépistage ("outreach")	☐	☐	☐ 61
Urgences mineures en santé	☐	☐	☐ 62
Services psycho-sociaux en situation de crise	☐	☐	☐ 63
Consultations psycho-sociales	☐	☐	☐ 64
Services courants de diagnostic, traitement et suivi donné par des omnipraticiens	☐	☐	☐ 65
Services de réinsertion sociale	☐	☐	☐ 66
Services médicaux spécialisés ou ultra-spécialisés	☐	☐	☐ 67
Services ou soins à domicile	☐	☐	☐ 68
Prêts de locaux ou d'équipements à des groupes pour des activités communautaires	☐	☐	☐ 69

	Oui	Non	
Prêts de personnel(s)	☐	☐	☐ 70
Autre(s) (préciser): _____ _____	☐	☐	☐☐ 71 72

37. Dans la mesure où le Centre fait appel à des services de médecins, comment sont-ils rémunérés?

Rémunération à l'acte	☐	
Salaire	☐	
Vacation ou honoraires	☐	☐ 73
Autre(s) (préciser): _____	☐	
Ne s'applique pas	☐	

38. Le Centre fait-il partie d'un regroupement d'organismes communautaires?

Oui	☐	☐ 74
Non	☐	

Si oui, à quel niveau intervient ce regroupement?

Local	☐	
Régional	☐	☐☐☐ 75 76 77
Provincial	☐	
National	☐	

39. Quelles ont été au cours des douze (12) derniers mois les relations de travail du Centre avec les autres ressources de la communauté?

Le Centre a établi des relations ponctuelles et occasionnelles avec les autres ressources	☐	
Le Centre a établi des concertations statutaires avec les autres ressources	☐	☐ 78
Le Centre n'a établi aucune relation avec les autres ressources	☐	

FINANCEMENT

4

2 3 4

40. Quel est le budget total du Centre pour l'exercice budgétaire 1987-1988 (incluant éventuellement les enveloppes ou budgets protégés)?

Budget _____ 5 6 7 8 9 10 11

41. A votre avis, le budget total du Centre est-il suffisant pour qu'il remplisse sa mission?

Oui ☐
Non ☐ 12

Si non, quel serait le montant nécessaire:_____ 13 14 15 16 17 18 19

42. Quelles sont les sources directes de financement du Centre et l'importance de chaque source pour l'exercice budgétaire 1987-1988 (en tenant compte des sources encore incertaines)?

Sources	Montant	
Publiques		20
Fédérales (ministères ou organismes publics)	_____	21 22 23 24 25 26 27
Provinciales (ministères ou organismes publics)	_____	28 29 30 31 32 33 34
Municipales	_____	35 36 37 38 39 40 41
Sources privées et/ou communautaires		
Centraide	_____	42 43 44 45 46 47 48
Autres (fondations, communautés religieuses, entreprises, syndicats, clubs sociaux, dons individuels, etc.)	_____	49 50 51 52 53 54 55
Autofinancement		
(revenus d'opération, cotisations, campagnes de financement, revenus de placement, etc.)	_____	56 57 58 59 60 61 62

13. Pour l'exercice 1987-1988, quelle proportion du budget du Centre est récurrente?

Proportion récurrente: _____ % ☐☐ 63 64

14. Pour l'exercice 1987-1988, quels sont les modes de financement du Centre?

Financement global ☐

Financement au cas par cas ou au volume de clientèle ☐

Financement par programme spécifique ☐ ☐☐☐ 65 66 67

Financement par capitation (système coopératif) ☐

Autre(s) (préciser):_____ ☐
_____

15. Au cours des douze (12) derniers mois, le Centre a-t-il mis sur pied de nouveaux services ou programmes?

Oui ☐
Non ☐ (passer à la question 47) ☐ 68

16. Comment le Centre les a-t-il financés?

Ré-allocation de postes dans le budget existant ☐

Fonds nouveaux additionnels ☐ ☐ 69

Autre(s) (préciser):_____ ☐
_____

17. De façon générale, le Centre estime-t-il que ses bailleurs de fonds respectent et favorisent son autonomie en ce qui concerne ses orientations, politiques et programmes? (En autant, bien sûr, que le Centre respecte globalement les critères de base d'attribution des fonds.)

Oui ☐
Non ☐
Ne s'applique pas ☐ ☐ 70
Commentaires, s'il y a lieu _____
_____
_____

48. Quel serait le mode de financement le plus approprié pour le Centre?

Financement global en fonction des services	☐
Financement global par capitation	☐
Financement au cas par cas ou au volume de clientèle	☐
Financement par programme spécifique	☐
Autre(s) (préciser):_____	☐

_____ ☐ 71

49. Dans la mesure où le Centre fait appel à des services de médecins, quel serait le meilleur mode de rémunération de cette catégorie de professionnels?

Rémunération à l'acte	☐
Salaire	☐
Vacation ou honoraires	☐
Autre(s) (préciser):_____	☐

_____ ☐ 72

JEAN-BERNARD ROBICHAUD

Il détient un doctorat en administration sociale de l'Université de Chicago. Il est actuellement conseiller principal en politiques sociales au Conseil canadien de développement social, Président du Conseil international de l'action sociale–Canada et Vice-président de Dernier Recours Montréal. Il est l'auteur et le co-auteur de plusieurs volumes et articles. En 1981, il était le récipiendaire du **Prix Charles E. Hendry** de l'Université de Toronto. Il a aussi une expérience diversifiée en intervention sociale, en enseignement, en recherche et en administration. Il a été conseiller à la Commission Rochon et a siégé sur différents comités d'étude.

CLAUDE QUIVIGER

Licencié en Théologie (Université de Strasbourg), M.A. (Andragogie, Université de Montréal), M.A. (Es-arts, Institut catholique de Paris) il est actuellement conseiller cadre en politiques sociales au Conseil Canadien de développement social. Fondateur et directeur général du Centre Mariebourg durant 10 ans, il possède une expérience de plus de vingt ans en organisation communautaire, en plus d'avoir été concepteur, rédacteur et animateur de programmes d'éducation populaire pour adultes. Co-auteur de plusieurs volumes en éducation, il est très impliqué dans la communauté en tant que membre bénévole de plusieurs associations.

Cette étude innove en présentant l'état de centres communautaires de services sociaux et de services de santé répartis dans chacune des provinces du Canada. Les auteurs analysent les orientations, le fonctionnement et le financement de 368 centres répondants. Sur cette base, ils proposent un cadre conceptuel fouillé de la réalité communautaire. Les comparaisons entre provinces, entre différentes catégories de centres et différents types de communautés, enrichissent de façon précise les connaissances des lecteurs sur la question. Outre un apport de connaissances, cette étude constitue un outil de référence qui peut aider les centres communautaires à évaluer leur action. Toute personne impliquée à quelque titre que ce soit dans le développement des services sociaux et de santé, aurait avantage à se procurer cette étude.

ISBN 2-89368-019-4